



**UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Carrera de Psicología Clínica

**Trastorno de Estrés Postraumático y Consumo de Sustancias**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicología Clínica

**Autora:**

Doménica Patricia Cáceres Dávila

**Tutora:**

Gladys Alexandra Bueno Pacheco, PhD

Cuenca, Ecuador

Mayo de 2022

## **Dedicatoria**

A mi abuelo, José Rafael que, con su amor incondicional, sonrisas, pláticas y enseñanzas me ha dado la fuerza para no renunciar.

A mis padres, que son mi motor, compañía, ejemplo y mi mejor pretexto para no rendirme.

A Wilson que ha sido incondicional, me ha impulsado a crecer cada día como profesional y humano.

A Pedro por las largas discusiones, horas de análisis, debates y cuestionamientos.

### **Agradecimiento**

Agradezco a mis padres, Ana y Patricio que han sido mi motor y ejemplo y que, con su esfuerzo han hecho posible que culmine esta meta.

A mi tutora, por sus observaciones a tiempo, por perfeccionar cada parte del trabajo, por su paciencia, constancia y dedicación.

A mi tribunal, por las sugerencias que construyeron un trabajo impecable y objetivo.

A Sofía por enseñarme a no dar marcha atrás, recordarme de lo que soy capaz. Por las horas de trabajo juntas, las lecciones, el apoyo incondicional.

## Resumen

El trastorno por estrés postraumático y el trastorno por consumo de sustancias pueden presentarse a la par, pero en muchas ocasiones se identifica y aborda solo uno de ellos. El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión bibliográfica sistemática de los últimos diez años sobre la relación causal existente entre el TEPT y el TCS en tres bases de datos. La búsqueda y selección de estudios siguió los lineamientos propuestos por PRISMA que dio como resultado 89 artículos. Se encontró que los principales síntomas del trastorno de estrés pos traumático son: recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes, tendencia a revivir el hecho traumático, sueños perturbadores o pesadillas, reacciones físicas frente a situaciones, lugares, objetos que le recuerden el suceso traumático. En tanto que, del trastorno por consumo de sustancias son: necesidad de consumir la sustancia, consumo de dosis cada vez más altas, problemas económicos, físicos y sociales por el consumo, abandono de responsabilidades, fracaso en el intento de abandonar el consumo y abstinencia. Se encontró comorbilidad entre dichos trastornos. Y, el consumo de sustancias puede generar impacto en la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y viceversa. El tratamiento puede ser psicoterapia, farmacoterapia o ambos.

**Palabras Clave:** Trastorno de estrés postraumático, Trastorno por consumo de sustancias, Comorbilidad, Impacto, Sintomatología, Síntoma.

### Abstract

Like other human rights, health is a primary right; all people should benefit from it, particularly in countries like Ecuador where there is great economic need. In Healthwise magazine it mentions that with substance use and post-traumatic stress disorder, the patient may feel tempted to use alcohol or other substances as a way to cope with the symptoms of PTSD. The objective of this paper was to carry out a bibliographic review of the last ten years regarding the causal relationship between post-traumatic stress disorder and substance use disorder based on information found in databases. In addition, primary symptoms of PTSD and SUD were identified, as well as the existing comorbidity rates between these disorders. Finally, the impact of substance use on PTSD symptomatology are described.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder, substance use disorder, comorbidity, impact, symptomatology, symptom.



Translated by:

A handwritten signature in blue ink, which reads 'Doménica Cáceres Dávila'.

Doménica Cáceres Dávila.

## Índice de Contenido

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	8
Capítulo I.....	10
Conceptualización de Trastorno de Estrés Postraumático.....	10
1.1 Concepto.....	10
1.2 Historia.....	11
1.3 Criterios Diagnósticos y Sintomatología.....	12
1.4 Comorbilidad.....	16
1.5 Prevalencia.....	17
1.6 Impacto.....	17
Capítulo II.....	21
Conceptualización sobre Trastorno por Consumo de Sustancias.....	21
2.1 Concepto.....	21
2.2 Sintomatología.....	23
2.3 Prevalencia.....	24
2.4 Sustancias Usuales Para el Consumo.....	25
2.4.1 Anfetaminas.....	25
2.4.2 Benzodiacepinas.....	26
2.4.3 Cocaína.....	26
2.4.4 Crack.....	26
2.4.5 Cristal.....	27
2.4.6 Éxtasis.....	27
2.4.7 Heroína.....	28
2.4.8 Hongos.....	28
2.4.9 Inhalantes, Solventes Volátiles o Disolventes.....	28
2.4.10 Dietilamida de Ácido Lisérgico.....	28
2.4.11 Marihuana ( <i>cannabis</i> ).....	29
2.4.12 Morfina.....	29
2.4.13 Nuevas Sustancias Psicoactivas.....	29
2.4.14 Pasta Base de Cocaína.....	29
2.5 Comorbilidad.....	30

2.6 Impacto del TCS.....	30
Capítulo III.....	34
Metodología .....	34
3.1 Preguntas de Investigación.....	34
3.2 Objetivos .....	34
3.3 Tipo de Estudio .....	34
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	34
3.5 Identificación y Selección de Estudios.....	35
3.6 Selección y Extracción de Datos .....	35
3.7 Síntesis de Datos .....	37
Capítulo IV.....	38
Resultados .....	38
4.1 Características de los Artículos Seleccionados .....	39
4.2 Principales Síntomas del TEPT y TCS .....	40
4.3 Comorbilidad Entre TEPT y TCS .....	41
4.4 Impacto del TCS en la Sintomatología del TEPT .....	43
4.5 Tratamiento para la Comorbilidad entre TEPT y TCS .....	45
Discusión.....	47
Conclusiones .....	56
Limitaciones y Recomendaciones.....	58
Referencias Bibliográficas .....	59
Anexos .....	83
Anexo 1. Tabla de resumen de los artículos analizados.....	83

### Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. ....	18
Tabla 2. ....	19
Tabla 3. ....	19
Tabla 4. ....	30
Tabla 5. ....	31
Tabla 6. ....	32
Tabla 7. ....	35
Figura 1. ....	36

## Introducción

A lo largo de la historia, el ser humano se ha relacionado de manera estrecha con una amplia variedad de sucesos. Aunque en la actualidad se ha desarrollado una convivencia algo más aceptable, los hechos traumáticos en la vida diaria de cualquier individuo son cada vez más frecuentes, esto es debido a problemas de diversos tipos dentro de las sociedades que dependerán del nivel económico y otros factores sociales, culturales y religiosos; como, por ejemplo: los bajos ingresos per cápita o un entorno violento.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición clínica o una respuesta psíquica a un hecho traumático, que en 1980 se incorporó a las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas internacionales con esta denominación. Este trastorno, se caracteriza por la imposibilidad que tiene el paciente de recuperarse de dicho evento. Los síntomas del TEPT pueden iniciar después de un mes del suceso traumático, sin embargo, a veces pueden aparecer años más tarde ocasionando considerables problemas en el desenvolvimiento del individuo.

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) es un fenómeno complejo con orígenes y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, la mayoría de los efectos de este consumo dependen de la frecuencia y la dosis; que modifican las capacidades y el comportamiento físico y mental del consumidor.

Aparentemente existe una relación causal cada vez más creciente entre ambos trastornos, debido a que el paciente tiene que lidiar con síntomas de ambos padecimientos, incrementando de esta manera los déficits en su funcionamiento cotidiano.

Es por eso que en este trabajo se propone analizar si está documentado científicamente que el TEPT sea la causa de consumo en algunos de los pacientes y, dilucidar cómo se presenta la relación entre ambas patologías. Esta revisión bibliográfica se enfoca en



exponer los aportes que las investigaciones han generado a lo largo de los diez últimos años, con respecto a la relación entre el TCS y TEPT.

Este trabajo de titulación está estructurado de la siguiente manera: el capítulo uno que aborda el marco teórico sobre TEPT, incluye concepto, historia, sintomatología, comorbilidad, prevalencia e impacto. El capítulo dos trata sobre el TCS, que presenta los mismos elementos que el primer capítulo más las sustancias usuales en el consumo. El capítulo tres presenta todo lo relacionado con los aspectos metodológicos que dieron lugar a la obtención de resultados. El capítulo cuatro muestra los resultados obtenidos a través del análisis de los artículos, organizados en apartados de acuerdo a los objetivos específicos. Además, se presenta un apartado con discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

## Capítulo I

### Conceptualización de Trastorno de Estrés Postraumático

#### 1.1 Concepto

El concepto de TEPT abarca dos aspectos claramente definidos: uno es la respuesta al estrés patológico natural y el otro es el trauma. El estrés es un concepto científico que se refiere a la respuesta inespecífica del organismo a las demandas externas. Ante los factores estresantes, el cuerpo responde buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El factor de estrés puede ser físico o psicológico y la respuesta puede ser una reacción estándar o patológica, que sería angustia. La respuesta que presentan frente al estrés las personas con TEPT, no corresponde a una respuesta exagerada, más bien, se trata de indicadores de corte biológico que pueden llegar a determinar y personalizar la respuesta específica de este trastorno (Carvajal, 2002).

Actualmente, la onceava Clasificación Internacional de Enfermedades lo define como un trastorno que puede desarrollarse después de exponerse a uno o varios eventos considerados amenazantes o peligrosos (Organización Mundial de la Salud, 2022). Se presentan seis síntomas clave que están organizados en tres bloques: reexperimentación, evitación y percepción de amenaza (Reguera et al., 2021).

Ahora bien, resulta interesante identificar y diferenciar el TEPT, pues se introduce en el DSM 4 el trastorno por estrés agudo, en el que con criterios similares al del diagnóstico de TEPT, se pone el acento en los síntomas disociativos como la amnesia disociativa, despersonalización, desrealización. De esta manera, si la víctima inmediatamente después de la exposición al hecho traumático presenta dichos síntomas podría tratarse de un diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo, y si debido a una diversidad de factores la persona presenta mayor riesgo de que esos síntomas se perpetúen, es ahí donde tiene lugar el diagnóstico de TEPT (Zapardiel, 2015).

## 1. 2 Historia

Entre los años 1922 y 1925, Kardiner estudió a veteranos de la primera guerra mundial, y más adelante, en el año 1941 publicó su libro *The Traumatic Neuroses of War* (Ross, 1948). A partir de estos conceptos psicanalíticos, este autor sostuvo que la *neurosis de guerra*, como se denominó inicialmente al TEPT, podía desencadenar síntomas somáticos y psicológicos. Los usuarios que asistían donde él, se encontraban en estado de hiperalerta con hipersensibilidad a los cambios de temperatura, al dolor o a los estímulos repentinos, (Carvajal, 2002).

Años más tarde, publicó una nueva edición de la obra mencionada, en la que advirtió acerca de la importancia del tratamiento temprano de estos pacientes para prevenir las neurosis en sus formas crónicas y habitualmente de difícil tratamiento (Atkinson et al., 1984).

En 1980 se acuñó oficialmente en la terminología psiquiátrica que se refiere a la denominación de TEPT en la tercera versión de la clasificación diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría. Desde su introducción y la definición de los criterios diagnósticos en el mismo año, una serie de estudios apoyaron su validez etiológica y fenomenológica típica. Este trastorno se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático o varios, el que puede presentarse en cualquier sujeto sin distinción de género o edad (Carvajal, 2002).

El diagnóstico de TEPT sólo se incorpora formalmente en 1980 en el DSM 3 como una entidad diagnóstica que hoy en día pertenece al grupo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, ya existía en la literatura una noción de los efectos del trauma por la preocupación e interés que despiertan las secuelas psicotraumáticas de los veteranos de la guerra de Vietnam y de otras problemáticas sociales como la violencia de género, los accidentes y las numerosas manifestaciones de la violencia. Conceptos como *síndrome del*

*trauma de la violación, neurosis de guerra, síndrome de supervivencia, síndrome de los campos de concentración, neurosis de combate* son los antecesores del TEPT (Dvir, 2022).

Algunas personas desarrollan TEPT o en inglés PTSD, después de experimentar un hecho impactante, aterrador o peligroso. Es decir, este trastorno podría definirse como una reacción emocional intensa ante una experiencia traumática, en el cual la víctima presenta alteración del sentido, la conciencia o la conducta, lo cual amenaza su bienestar e integridad (Bermúdez et al., 2020).

La quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) propone algunos criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), estos son:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

(1) Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

(2) Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

(3) Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.

(4) Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota, el Criterio A4 No se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

### **1.3 Criterios Diagnósticos y Sintomatología**

Uno de los criterios diagnósticos que propone la Asociación Americana de Psiquiatría, en cuanto al TEPT, hace referencia a la sintomatología, expresada con la presencia de uno o

más de los síntomas siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que tiene o tienen inicio después del mismo: (1) Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). (2) Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). (3) Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas o flashback) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) (4) Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). (5) Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Carvajal (2002) explica la triada sintomática del TEPT, partiendo de la reexperimentación de los síntomas vividos durante el hecho traumático que está fuera del control de la persona, esto se da cuando de forma persistente aparecen imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma. Estos fenómenos pueden ocurrir durante la vigilia o durante el sueño en forma de pesadillas. Estos recuerdos invasores muchas veces se acompañan de síntomas autonómicos como taquicardia, temblor, cambios de temperatura, sudoración, u otros. Las imágenes provenientes de la televisión, del cine o incluso de las fotos de la prensa, un color, un aroma, una palabra escrita o pronunciada por alguien también pueden servir como desencadenantes de los síntomas invasores.

En segundo lugar, el estado general de hiperalerta del paciente puede tener lugar por medio de trastornos del sueño caracterizados por insomnio de conciliación, sueño interrumpido y muy superficial; fallas en la concentración, irritabilidad fácil e incluso reacciones algo violentas, hiperestesia sensorial con respuesta de alerta exagerada y un estado de hipervigilancia. Conviene señalar que los estímulos neutros (como el cierre de una puerta

o la caída de algún objeto) se transforman en estímulos amenazadores y el paciente reacciona con síntomas autonómicos y pueden gatillarse fenómenos invasores (Carvajal 2002).

Por último, y no menos importante, el comportamiento de evitación aparece como estrategia para que los pacientes reduzcan o intenten eliminar los fenómenos intrusivos. En muchos casos, estos comportamientos deben ser investigados en profundidad porque el paciente los ha aceptado activamente y difícilmente saldrá de casa por miedo a que se repitan (como un accidente de coche). El paciente comenzará a aislarse socialmente y evitará hablar de su situación traumática o temas relacionados (Carvajal, 2002).

Algunos pacientes pueden rechazar ciertos exámenes o procedimientos médicos, como los exámenes ginecológicos en el caso de víctimas de violación; esto no refleja más que un comportamiento de evitación evidente; en otras ocasiones, la falta de adherencia al tratamiento también puede reflejar un comportamiento de evitación. La respuesta general del paciente a los estímulos se reduce y la capacidad de expresar emociones también se reduce (*embotellamiento emocional*) (Carvajal, 2002).

El tercer criterio hace referencia a la evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Otro criterio hace referencia a las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

-Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

-Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (*Estoy mal, no puedo confiar en nadie, el mundo es muy peligroso, tengo los nervios destrozados*).

-Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

-Estado emocional negativo persistente (miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

-Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

-Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

-Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

El cuarto criterio se refiere a la alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

-Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

-Comportamiento imprudente o autodestructivo.

-Hipervigilancia.

-Respuesta de sobresalto exagerada.

-Problemas de concentración.

-Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

#### **1.4 Comorbilidad**

El TEPT se encuentra fuertemente relacionado con otros trastornos psicopatológicos siendo uno de los más altos a nivel de comorbilidad dentro del escenario psicopatológico, por lo que es necesario establecer un adecuado diagnóstico diferencial y establecer una adecuada intervención clínica (Vermetten y Lanius, 2012). El 80% de personas con este trastorno tienen mayor riesgo de presentar criterios para un trastorno mental como depresión, trastorno bipolar, ansiedad o trastorno por consumo de sustancias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Investigaciones recientes indican que el TEPT es uno de los trastornos más comórbidos con mayor prevalencia en los trastornos de conducta alimentaria (Ramos-Vera, 2021), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Aguirre et al., 2022) y trastorno por uso de sustancias (Sáiz et al., 2021).



## 1.5 Prevalencia

En general, el índice de TEPT es mayor entre los veteranos y las personas con una profesión que implique un riesgo de exposición traumática (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Pese a que los hombres se exponen más a los eventos traumáticos, las mujeres padecen con mayor frecuencia el trastorno por estrés postraumático (Norris, 1992). Aunque, en investigación señala que en algunos casos, los hombres también pueden verse afectados (Sarmiento, 2016).

## 1.6 Impacto

El impacto del TEPT se evidencia mayormente en mujeres y suele aparecer en cualquier edad, puede incluso presentarse en niños y existe la evidencia de que la vulnerabilidad frente a un TEPT pueda ser genética (Diaconu, 2010).

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la posibilidad de presentar el trastorno. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del TEPT. Es necesario señalar que este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático (Salinas y Coria, 2017).

Resaltando lo revisado en el capítulo previo, sabemos que esta condición afecta a un subgrupo de individuos que han sufrido un evento traumático, de manera directa e indirecta, se establece también que la presencia de marcadas conductas de evitación o síntomas disociativos son de mal pronóstico. No hay clara evidencia acerca de este punto, pues existe concordancia en que todos los síntomas al inicio del cuadro tienen cierto valor predictivo y a mayor cantidad e intensidad de éstos, más exacta podría ser la predicción. Sabemos que la sintomatología de este trastorno tiene la capacidad de generar cambios psicológicos y

conductuales que interfieren en el entorno personal, familiar, social y otras esferas importantes de la vida del individuo, las que analizaremos en este apartado (Álvarez, 2015).

Cuando nos enfrentamos con un evento traumático, los sistemas de alarma del cuerpo se activan y se ponen en alerta para brindar una respuesta a la amenaza. Como resultado, durante y posterior al trauma, es posible que la víctima experimente emociones y reacciones muy fuertes. Ver tabla 1.

**Tabla 1.**

*Tipo de reacciones frente a un evento traumático*

<b>Reacciones emocionales</b>	<b>Reacciones físicas</b>
Encontrarse en estado de shock	Jaquecas, cefaleas, dolores de cabeza
Miedo	Náuseas, vómitos
Irritabilidad	Taquicardia
Negación	Mareos
Cambios de humor	Pérdida de equilibrio
Ira	Problemas del sueño
Incredulidad	Tensión constante
Culpabilidad	Nervios, incapacidad para relajarse
Aturdimiento	Cansancio físico
Vergüenza	Dificultad para concentrarse
Tristeza, abatimiento	Dificultad para respirar
Confusión	Sudoración
Ansiedad	Visión borrosa
Aislamiento	

*Nota.* Elaboración propia a partir de Lubman et al. (2007).

Además del impacto psicológico, un evento traumático evidentemente conduce a cambios en la anatomía y neurofisiología cerebral. Estudios informan que el tamaño reducido del hipocampo es probablemente tanto un factor predisponente como el resultado de un traumatismo. La amígdala por su parte, que participa en el procesamiento de las emociones y en la modulación de la respuesta al miedo, se encuentra muy reactiva en pacientes con TEPT. La corteza prefrontal medial, responsable del control inhibitorio sobre la respuesta al estrés y la reactividad emocional de la amígdala, parece ser más pequeña y menos receptiva

en individuos con este trastorno (Shin et al., 2006). La tabla 2 muestra las estructuras cerebrales afectadas.

**Tabla 2.**

*Estructuras cerebrales afectadas*

<b>Estructura</b>	<b>Función</b>	<b>Alteración</b>
<b>Hipocampo</b>	-Memoria declarativa verbal	- Fragmentación de la memoria. - Amnesia del trauma
	-Integración espacio-temporal	
<b>Amígdala</b>	-Miedo condicionado	-Incremento del condicionamiento.
	-Memoria emocional	- Hipersensibilización. -Reforzamiento memoria traumática.
<b>Córtex prefrontal</b>	-Inhibición de estímulos.	-Pérdida de memoria de trabajo.
	-Inhibición de activación de la amígdala.	-Pérdida de contención de emociones.
	-Mantenimiento de la atención.	-Déficit de atención-concentración.

*Nota.* Elaboración propia a partir de Pérez-Rincón et al. (2007).

El TEPT no está en su totalidad en *la cabeza* de la persona, sino que tiene también su base fisiológica; evidenciando la importancia de relacionar los efectos del trauma sobre la estructura y funcionamiento cerebral para comprender la naturaleza del trastorno. Los recordatorios de experiencias traumáticas activan regiones cerebrales que apoyan emociones intensas y disminuyen la activación en las regiones del sistema nervioso central (SNC) involucradas en la integración de la entrada sensorial con la salida motora y la modulación de la excitación fisiológica. Las fallas de atención y memoria en el TEPT interfieren claramente con la capacidad que tiene el individuo para involucrarse en el presente (Van der Kolk, 2006). La tabla 3 muestra los niveles de impacto del TEPT.

**Tabla 3.**

*Niveles de impacto del TEPT*

<b>Nivel</b>	<b>Impacto</b>
--------------	----------------

---

<b>Nivel Laboral</b>	Falta de concentración, falta de interés, bajo rendimiento, pérdida de empleo, fracaso académico
<b>Nivel Social</b>	Aislamiento social, déficit en las relaciones sociales, peleas frecuentes, rupturas familiares.
<b>Nivel Psicológico</b>	Insomnio, ideación suicida, desarrollo de otro trastorno, conductas autolesivas, consumo de sustancias.
<b>Nivel Físico</b>	Cefaleas, gastritis, dolores crónicos, respuestas de tipo fisiológicas, agudeza visual y auditiva, fuerza y flexibilidad muscular.
<b>Nivel Sexual</b>	Disfunción eréctil, problemas para eyacular, sequedad vaginal, dolor durante el coito, pérdida de excitación sexual, falta de deseo sexual, otros.

---

*Nota.* Elaboración propia a partir de Molero-Jurado et al. (2017).

## Capítulo II

### Conceptualización sobre Trastorno por Consumo de Sustancias

Este apartado tiene como objetivo recoger los aspectos descritos en la literatura sobre el impacto que genera el trauma en los pacientes diagnosticados con TEPT, de la misma forma describir las consecuencias del TCS en el desenvolvimiento del consumidor.

Varios estudios realizados han demostrado que tanto los padecimientos físicos como mentales, están asociados con problemáticas de diferente tipo, que a breves rasgos podemos enumerarlas: ausentismo laboral, bajo rendimiento escolar, altas tasas de violencia, mortalidad, entre otros.

Los hallazgos de las encuestas *Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental* sugieren que los padecimientos neurológicos, el trastorno bipolar, TEPT, TCS, entre otros, tienen los costos más elevados para el individuo en términos de funcionamiento (Alonso et al., 2011).

#### 2.1 Concepto

El trastorno por consumo de sustancias se define como el conjunto de síntomas somáticos, cognitivos y comportamentales que conducen a una persona a autoadministrarse una sustancia de forma repetida, a pesar de reconocer las consecuencias negativas orgánicas, psicológicas y sociales que implica. En el cerebro se producen cambios neurofisiológicos que se traducen en manifestaciones clínicas y conductas compulsivas que expresan una pérdida de la capacidad volitiva de la persona (Sanz, 2019). El consumo se podría definir como el uso de drogas psicoactivas; como alcohol, medicamentos o drogas ilegales que pueden causar daños severos dependiendo de factores externos e internos del paciente o consumidor (National Institute on Drug Abuse, 2020).

Para diagnosticar el abuso de una sustancia se requiere la evidencia de un patrón mal adaptativo del consumo de la sustancia con un nivel clínicamente significativo de deterioro.

Entendiendo que deterioro es la incapacidad para asumir obligaciones que provoca que el sujeto altere su desenvolvimiento, y evidencie comportamientos de alto riesgo con mayor probabilidad de presentar problemas legales debido a posesión o exposición a situaciones peligrosas (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2017).

Es importante recordar que para diagnosticar el TCS debe cumplirse dos criterios (varía según la sustancia) o más de los siguientes durante 12 meses (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

- A. Patrón problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, y que se manifiesta por dos o más de los siguientes hechos, por al menos un plazo de 12 meses:
1. Consumo de la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  2. Existe deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
  3. Se invierte mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
  4. Incumplimiento de deberes fundamentales dentro del trabajo, escuela o el hogar debido al consumo.
  5. Problemas sociales o interpersonales recurrentes debido al consumo de la sustancia.
  6. El consumo provoca el abandono o reducción de las actividades que antes eran importantes para el individuo.
  7. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
  8. Riesgos físicos en situaciones de consumo.

9. Se continúa el consumo a pesar de padecer una enfermedad física o psicológica persistente probablemente causada por el consumo.
10. Tolerancia.
  - a. Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de una sustancia.
11. Abstinencia:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia.
  - b. Consumo de la sustancia u otra parecida con el fin de aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia.

## **2.2 Sintomatología**

El TCS, de acuerdo al DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume droga (alcohol, tabaco, cannabis) con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir droga (alcohol, tabaco, cannabis), consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.).

7. El consumo de provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de la droga en cuestión a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia psicoactiva.

Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.) para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la droga en cuestión.

Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

a) Presencia del síndrome de abstinencia característico de la droga en cuestión (véanse los criterios de la abstinencia en el DSM-5).

b) Se consume la droga en cuestión (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

### **2.3 Prevalencia**

El consumo de sustancias inicia a edades tempranas en sociedades como la nuestra. El consumo de mujeres tiende a equipararse con el de los hombres (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

Según el tercer estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, al menos el 51.5% de la población consumió alcohol alguna vez, de los cuales el 58.1% son hombres y el 45.5% son mujeres, el 56.4% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco en alguna ocasión (68.4% de los hombres y 45.3% de las



mujeres), el 10.3% de los estudiantes declararon haber usado benzodiazepinas. Por su parte, prácticamente el 3.6% consumió alguna vez algún tipo de tranquilizante sin prescripción médica. La marihuana es por lejos la sustancia más consumida, con una prevalencia en el último año de 11.6%. Le sigue el consumo de cocaína con 1.5%, el de LSD con 1.1%, hongos alucinógenos con .8%, cannabinoides sintéticos con .7%, pasta base con .6%, éxtasis con .4% e inhalables con .2% (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

De acuerdo con el más reciente Informe Mundial sobre las Drogas del servicio de información de las Naciones Unidas, alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en todo el mundo durante el 2018, lo cual supone un aumento de 30% con respecto al 2009, esto quiere decir que más de 35 millones de personas sufren usan sustancias. En Ecuador el consumo de sustancias afecta a aproximadamente el 14% de la población investigada, esto es a 655.000 personas (aproximadamente), de ambos sexos, de todos los estratos socioeconómicos y de todas las edades. Estas cifras ofrecen sin duda, una idea de la problemática, sin embargo no brindan un panorama completo sobre la magnitud del impacto que tiene la enfermedad en el individuo (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, 2022).

## **2.4 Sustancias Usuales Para el Consumo**

### **2.4.1 Anfetaminas**

Son drogas estimulantes elaboradas a partir de sustancias químicas y no extraídas de plantas. Entre los numerosos derivados de las anfetaminas se encuentran el sulfato de anfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina y otras drogas como el MDMA (Metilendioximetanfetamina), que es el compuesto principal de la droga llamada éxtasis (Sateler et al., 2019).

### **2.4.2 Benzodiacepinas**

Las benzodiacepinas son una clase de drogas con efectos hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes (relajantes musculares). La denominación de estos compuestos se caracteriza por la terminación -lam o -lan (triazolam, oxazolam, estazolam) y por la terminación pam y pan (diazepam, lorazepam, lormetazepam, flurazepam, flunitrazepam, clonazepam). No obstante, hay excepciones como el clorazepato dipotásico (Tranxilium) o el clordiazepóxido (Librium). Las benzodiacepinas (BZD) son agentes depresores del sistema nervioso, que actúan en particular, sobre el sistema límbico (Sateler et al., 2019).

### **2.4.3 Cocaína**

Droga estimulante, se extrae químicamente de las hojas de la coca, planta que se cultiva en el altiplano andino. Se presenta de 101 variadas formas, siendo la más habitual como clorhidrato, que a la vista es un polvo muy blanco y fino, similar al cristal molido. La cocaína tiene efectos analgésicos, su uso médico no es reconocido en la actualidad, especialmente por sus efectos secundarios, pasando a ser una droga de abuso. Suele inhalarse y también puede disolverse e inyectarse, sus efectos son similares a los de las anfetaminas (Sateler et al., 2019).

### **2.4.4. Crack**

Crack es el nombre vulgar de un derivado de la cocaína, en concreto el residuo resultante de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio para que se evapore el agua. El término crack es una onomatopeya que sugiere el ruido que hacen las piedras de esta droga al calentarse (por la ebullición del agua que contienen). Dado que el crack se fuma, ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, produciéndole al individuo una sensación de euforia, pánico, insomnio y la necesidad de buscar residuos de crack en cualquier parte (Sateler et al., 2019).

### **2.4.5 Cristal**

Se le denomina así al clorhidrato de metanfetamina, que consiste en pedazos de cristales transparentes parecidos al hielo, que se pueden inhalar fumándolos. En esta forma se conoce como *hielo*, *cristal* y *vidrio* en español. Aunque la estructura química de la metanfetamina es similar a la de la anfetamina, sus efectos sobre el sistema nervioso central son más pronunciados. La molécula de metanfetamina tiene la destreza de cruzar muy fácilmente la barrera que separa al cerebro del resto del cuerpo, técnicamente conocida como barrera hematoencefálica (Sateler et al., 2019).

Esta habilidad permite que los niveles de sustancia en el cerebro alcancen unas 10 veces los niveles en sangre, logrando ejercer su acción casi exclusivamente sobre el sistema nervioso central. La metanfetamina es conocida por su reputación de estimulante adictivo. Como la anfetamina, esta droga incrementa la actividad, reduce el apetito y produce una sensación general de bienestar. Excita receptores neuronales vinculados a las señales de recompensa y gratificación: produce euforia, alivia la fatiga y mejora el rendimiento en tareas simples. Los efectos de la metanfetamina pueden durar hasta seis u ocho horas (Sateler et al., 2019).

### **2.4.6 Éxtasis**

El término *éxtasis* se refiere a sustancias sintéticas químicamente relacionadas con las anfetaminas, pero cuyos efectos son algo diferentes, suele producir náuseas, sudoración, visión borrosa y escalofríos. La sustancia más conocida de la familia del éxtasis es la 3,4-metilendioxi-metanfetamina. De igual modo, existe una alta probabilidad de que las pastillas comercializadas como éxtasis contengan también una variedad de otras sustancias, la principal forma de consumo es por vía oral. Llamaremos entonces, éxtasis o sustancias tipo éxtasis a todas aquellas en las que se supone que el compuesto químico es la MDMA (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

#### **2.4.7 Heroína**

Derivado que se obtiene de la morfina. Es un polvo blanco que puede inyectarse, inhalar o fumar, es amargo y tiene propiedades narcóticas y analgésicas, que es fuertemente adictivo. La heroína también es un opioide, sus efectos principales son la sensación de euforia y la sequedad a nivel bucal (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

#### **2.4.8 Hongos**

Las plantas y hongos alucinógenos son aquellas cuyos principios activos tienen la propiedad de distorsionar la percepción, produciendo alucinaciones (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

#### **2.4.9 Inhalantes, Solventes Volátiles o Disolventes**

Se trata, en general, de productos de uso doméstico y/o industrial tales como pegamentos, pinturas, petróleo, gas para mecheros, bombillas de gas butano, ciertos aerosoles, disolvente para laca de uñas, algunos extintores, etc. que tienen en común ser volátiles y que se aspiran o inhalan llegando rápidamente al torrente sanguíneo. Tienen un efecto depresor del sistema nervioso central provocando una intoxicación similar a la ocasionada por el abuso de alcohol. Según el nivel de intoxicación, también produce un efecto distorsionador (alucinógeno) y en casos extremos provoca la muerte por paro cardíaco o respiratorio (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

#### **2.4.10 Dietilamida de Ácido Lisérgico**

La droga alucinógena sintética más conocida en América Latina es el LSD (dietilamida de ácido lisérgico), cuyo consumo ha sido en general muy bajo y estable en el tiempo. Sin embargo, estudios recientes realizados entre los estudiantes universitarios de la región, han dado cuenta de un consumo al que se debe prestar atención. A ello debe agregarse

la recurrente incautación de esta droga reportada por algunos países (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

#### **2.4.11 Marihuana (*cannabis*)**

También llamada hierba, consiste en las hojas secas y florescencias de la planta *Cannabis Sativa*, que contiene alrededor de 400 compuestos, siendo su principal componente activo el THC-9 (tetra-hidro-cannabinol), que es el que provoca los cambios conductuales. Actualmente el THC contenido en las plantas es mucho más alto que en décadas anteriores, lo cual lo transforma en más tóxico de lo que se cree. A esto se suma el hecho de que en la actualidad es común la producción y comercio clandestino de la marihuana prensada, que contiene aditivos químicos, solventes y otras sustancias que provocan daños anexos. Suele fumarse en cigarrillos hechos a mano y en ocasiones mediante una pipa y también es consumida agregándola en alimentos. En dosis altas puede causar intoxicaciones graves y efectos *psicodélicos* (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

#### **2.4.12 Morfina**

Alcaloide principal del opio. Se emplea en medicina como anestésico, analgésico y narcótico. Produce adicción (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

#### **2.4.13 Nuevas Sustancias Psicoactivas**

Las nuevas sustancias psicoactivas han sido conocidas en el mercado por términos tales como drogas de diseño, euforizantes legales, hierbas euforizantes, sales de baño, productos químicos de investigación y reactivos de laboratorio (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

#### **2.4.14 Pasta Base de Cocaína**

Homogenizado de hojas de coca, sometidas a un proceso de desecación y maceración, tratadas posteriormente con solventes orgánicos como keroseno o gasolina y combinado con

ácido sulfúrico. El resultado es una pasta de color pardo/negro que se fuma en pipa o a veces, mezclada con tabaco o cannabis (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

## 2.5 Comorbilidad

En el grupo de trastornos de ansiedad, el estrés postraumático presentó la mayor fuerza de asociación con el TCS. Por otro lado, entre los trastornos del estado del ánimo, el trastorno afectivo bipolar presentó la asociación más alta. Entre los trastornos del impulso, la asociación más fuerte se encontró con el trastorno de la conducta (Torres de Galvis et al., 2010). La comorbilidad entre trastornos del ánimo y TCS es frecuente, por ello, el reconocimiento y manejo de síntomas anímicos representa un desafío en la práctica clínica. Aunque se reconoce la presencia de trastornos anímicos secundarios al consumo, la evidencia señala que la mayoría de veces el trastorno anímico es primario (Ibáñez et al., 2020).

## 2.6 Impacto del TCS

La edad promedio del primer consumo de las diferentes drogas en la población ecuatoriana en el año 2007 depende del tipo de sustancia consumida, esta información se muestra en la tabla 4 (Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2010).

**Tabla 4.**

*Edad promedio de consumo*

<b>Tipo de droga</b>	<b>Promedio</b>
Alcohol	18.1
Tabaco	18
Solventes o inhalantes	14.2
Marihuana	18.6
HCl de Cocaína	20.2
Pasta base	19.6
Éxtasis	17.9

*Nota.* Elaboración propia a partir de Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2010).

El consumo de sustancias constituye un fenómeno complejo que lleva consigo consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo social. En la actualidad, la problemática relacionada con el consumo de sustancias impacta tanto a nivel individual como colectivo y es un problema de salud pública, desencadenando la generación de violencia, desintegración familiar, problemas económicos, entre otros (Scott et al., 2015).

El consumo prolongado de diferentes tipos de sustancias trae consigo algunas consecuencias para el individuo, como el deterioro de diversas capacidades cognitivas, que son las funciones ejecutivas; estas funciones neuropsicológicas son las que nos permiten prever, organizar información, generar metas, planificar, e incluso solucionar problemas (Agualongo y Robalino, 2020).

El consumo de sustancias representa una desregulación alarmante de los circuitos motivacionales. Los efectos gratificantes de las sustancias de abuso y el desarrollo de hábitos de búsqueda de drogas en la etapa de atracón/intoxicación implican cambios en la dopamina y los péptidos opioides en los ganglios basales. Los aumentos en los estados emocionales negativos y las respuestas disfóricas implican disminuciones en la función del componente de dopamina del sistema de recompensa y el reclutamiento de neurotransmisores de estrés cerebral, como el factor liberador de corticotropina y la dinorfina, en el circuito neurológico de la amígdala extendida (Koob y Volkow, 2016). La tabla 5 muestra el impacto en algunos niveles del consumidor.

**Tabla 5.**

*Nivel de impacto en algunos niveles del consumidor*

<b>Nivel</b>	<b>Impacto</b>
<b>Nivel Laboral/Escolar</b>	Ausencias frecuentes de las clases o del trabajo, desinterés repentino en las actividades escolares o laborales, notas más bajas o disminución del desempeño en el trabajo, actitud negativa, baja en las calificaciones, muchas ausencias, absentismo escolar y problemas de disciplina.
<b>Nivel Social</b>	Cambios evidentes en las relaciones con familiares y amigos. Dificultad

	para relacionarse y comunicarse. Pérdida de relaciones debido a algunos factores.
<b>Nivel Psicológico</b>	Aumento el riesgo de trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad. Cambios radicales en la conducta, cambios repentinos de humor, irritabilidad, comportamiento irresponsable, baja autoestima, mal juicio, depresión y desinterés generalizado.
<b>Nivel Físico</b>	Cefaleas, problemas cardiorrespiratorios, digestivos, fatiga, problemas de salud repetidos debido a defensas bajas, tos persistente. Enfermedades crónicas, de transmisión sexual, altas tasas de mortalidad.
<b>Nivel Económico</b>	Pérdidas económicas significativas debido al consumo, hurto, deudas.
<b>Nivel Sexual</b>	El uso de drogas se asocia a la actividad sexual de alto riesgo, el sexo no seguro y el embarazo no planeado, enfermedades de transmisión sexual, violaciones, impotencia sexual.

*Nota.* Elaboración propia a partir de Johnson (1986).

Un aporte realizado por el informe Global Burden Disease, que quiere decir Carga mundial de morbilidad, indica que en el año 2010 a nivel mundial se atribuyeron 1.111.000 muertes al abuso de alcohol, lo que corresponde al .21% del total de las muertes. Con respecto a 1990 esta cifra habría aumentado un 48.9%. En el mundo, la mortalidad por trastornos de abuso de alcohol ocupa el 55° lugar de 106 causas de muerte. A nivel mundial, el TCS ocupa el 58° lugar, destacándose como una de las causas de muerte más importante. Según los últimos datos de OMS publicados de 2018 las muertes causadas por Consumo de drogas en Ecuador han llegado a 216 (.29% de todas las muertes). La tasa de mortalidad es de 1.42 por 100.000 de población. Ecuador ocupa el lugar número 70 en el mundo (Lim et al., 2012). La tabla 6 muestra los efectos de las drogas en la salud.

**Tabla 6.**

*Efectos de las drogas en la salud*

<b>Sustancia</b>	<b>Efecto en la salud</b>
<b>Cocaína</b>	Riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y convulsiones. Paranoia, dolores en el pecho, palpitaciones, ritmo cardíaco irregular, dificultad para respirar. Embolia o desmayos, aumento de la presión arterial. Irritabilidad, depresión ansiedad, explosiones de enojo, falta de motivación, cansancio náusea/vómito, convulsiones, muerte por sobredosis.
<b>Éxtasis</b>	Insuficiencia hepática y cardíaca. Daño cerebral permanente,



	paranoia, alucinaciones, insomnio, náusea, desmayos, calambres musculares, escalofríos, convulsiones, problemas motrices, Depresión Ansiedad (incluyendo ataques de pánico) La mezcla con alcohol puede ocasionar deshidratación, náuseas y desmayos. El aumento de las dosis genera ansiedad, nerviosismo, mareo, tensión mandibular y depresión. Muerte por sobredosis.
<b>Inhalantes</b>	Riesgo de daño al corazón, los pulmones, el hígado y los riñones tras un consumo prolongado, afectan el sistema nervioso central y enlentecen la actividad cerebral. Los efectos a corto plazo incluyen pronunciación balbuceante o distorsionada, falta de coordinación, euforia (colocón o <i>high</i> ), mareos y alucinaciones.
<b>Marihuana</b>	Deterioro de la memoria, el aprendizaje, la resolución de problemas y la concentración. Riesgo de psicosis, como esquizofrenia, alucinaciones o paranoia. Irritabilidad, ansiedad y tensión muscular. Problemas en la ingesta de alimentos. La mezcla con alcohol puede bajar la presión arterial, entre otros efectos.
<b>Metanfetaminas</b>	Riesgo de conductas psicóticas tras un uso a largo plazo o en dosis altas, Daño cerebral permanente Paranoia, alucinaciones, depresión, ansiedad, pánico, problemas para dormir Náusea, desmayos, calambres musculares, escalofríos, convulsiones, problemas motrices, Depresión Ansiedad (incluyendo ataques de pánico) Ilusiones paranoicas, Muerte por sobredosis
<b>Opioides</b> (Analgésicos como Fentanilo y Tramadol, heroína)	Somnolencia, niebla mental o confusión, náuseas y estreñimiento. También pueden causar respiración lenta, lo que puede ocasionar la muerte. Inconsciencia, estado de coma, muerte por sobredosis
<b>Alucinógeno</b> (LSD, Peyote, DMT, Ketamina)	Afecta el estado anímico, la percepción sensorial, insomnio, problemas en la ingesta de alimentos, comportamiento sexual irregular, afecta el control muscular intestinal, movimientos descoordinados. La mezcla con otras sustancias (alcohol, coca, ketamina, etc.) puede generar paranoia, psicosis, pánico, depresión, entre otros efectos.
<b>Alcohol</b>	Insomnio, sueños muy vívidos, ansiedad, estado de hiperalerta y vigilia, agitación, irritabilidad, pérdida de apetito, náusea/vómito, dolor de cabeza, sudoración, temblores, alucinaciones, desmayos, muerte por intoxicación alcohólica
<b>Cigarrillo</b>	Daño pulmonar, gastritis, ansiedad, riesgo de dependencia de la nicotina.

*Nota.* Elaboración propia a partir de Gage et al. (2016).

## Capítulo III

### Metodología

#### 3.1 Preguntas de Investigación

Se plantearon dos preguntas de investigación:

- (1) ¿Está documentado científicamente que el TEPT causa el consumo de sustancias?
- (2) ¿Cómo se presenta esta relación entre TEPT y el consumo de sustancias?

#### 3.2 Objetivos

El objetivo general fue realizar una revisión bibliográfica sistemática de los últimos diez años sobre la relación causal que existe entre el TEPT y el TCS. Y los objetivos específicos fueron: (1) Identificar los principales síntomas del TEPT y del TCS. (2) Revisar la comorbilidad existente entre dichos trastornos. (3) Describir el impacto del consumo de sustancias en la sintomatología del TEPT.

#### 3.3 Tipo de Estudio

El tipo de estudio fue una revisión bibliográfica sistemática. Se tomó como base los lineamientos del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) que en español significa *Elementos de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metanálisis*, esta permite la recolección, el análisis y la exposición de los resultados en la literatura de artículos (Moher et al., 2009). En este trabajo se consideró el flujo de diagrama de la declaración PRISMA 2020 para la búsqueda y selección de artículos que incluye tres pasos: identificación, screening y elegibilidad de los registros para el análisis.

#### 3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión fueron: (1) Artículos de revisiones sistemáticas, meta-análisis o artículos que aborden la comorbilidad entre TEPT y TCS, (2) artículos publicados en los últimos 10 años que sean accesibles y que estén escritos en español o inglés y (3) artículos que contengan palabras claves sobre TETP y TCS (más adelante se especifican).

Los criterios de exclusión fueron: (1) Artículos publicados antes de 2010, (2) artículos que no contengan las palabras clave mencionadas, (3) libros y capítulos de libros, (4) artículos de opinión o que no sean originales y (5) tesis de licenciatura y de maestría

### 3.5 Identificación y Selección de Estudios

Para la identificación de los artículos se empleó la opción de búsqueda avanzada y los operadores de tres bases de datos: Ebsco, Scopus y Pubmed. Los términos empleados fueron: “posttraumatic stress disorder”, “substance use disorder” y “comorbidity”, “dual pathology”, “trastorno de estrés postraumático”, “trastorno por consumo de sustancias”, “comorbilidad”, “patología dual”. Este procedimiento se muestra en la tabla 7. Después, se filtraron los artículos para seleccionar los más pertinentes y que hayan cumplido con los criterios de inclusión. Este proceso se realizó entre el 25 de febrero y 07 de marzo de 2022.

**Tabla 7.**

*Estrategia de búsqueda realizada*

Base de datos	Detalle de la búsqueda	N <sup>ro</sup> Artículos
Ebsco		153
Scopus	Filtros aplicados: disponible gratis, inglés y español, últimos 10 años y texto completo.	120
Pubmed		1.116

*Nota.* Elaboración propia.

### 3.6 Selección y Extracción de Datos

Se obtuvo 1.389 artículos que se depuraron de acuerdo al diagrama de flujo que propone PRISMA (2021). Inicialmente, se realizó un primer cribado en donde se descartaron los duplicados y aquellos que no correspondían con el objetivo de búsqueda, ejemplo libros, diccionarios o entrevistas, o aquellos que abordaban solo uno de los trastornos. Estos se descartaron por no abordar la comorbilidad entre TEPT y TCS (criterio de inclusión uno).

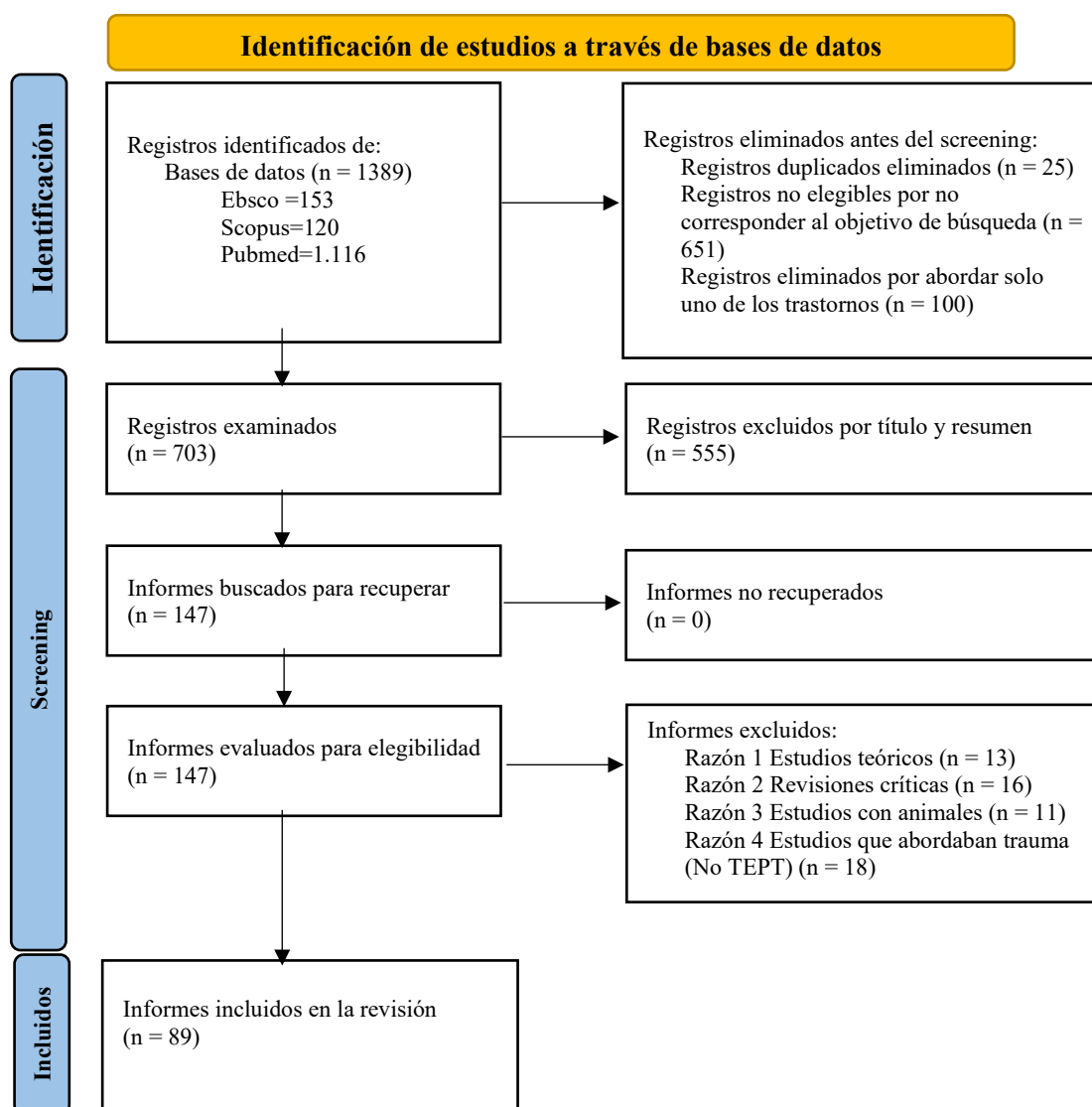
Después, se depuraron de acuerdo al título y al resumen, aquí se descartaron más registros porque el título de varios de ellos era ajeno al tema de interés y en el resumen se

comprobó que no eran pertinentes con el objetivo de esta revisión. Posteriormente, se intentó recuperar el registro y ninguno se descartó porque todos eran accesibles.

Finalmente, se realizó la depuración a través de la lectura del documento completo, aquí se descartaron estudios teóricos, revisiones críticas, artículos sobre el trauma infantil o experiencia traumática pero no sobre TEPT y artículos cuyos sujetos de análisis eran animales. Así, se obtuvo 89 artículos para el análisis. La figura 1 muestra este procedimiento.

**Figura 1.**

*Procedimiento de selección de artículos para el análisis*



*Nota.* Elaboración propia a partir de los estudios seleccionados y de la estructura propuesta por PRISMA (2021)

### **3.7 Síntesis de Datos**

La síntesis, es decir, la identificación de las ideas pertinentes para este trabajo de revisión bibliográfica, se realizó a través de Microsoft Excel y se dividió en dos partes.

Primero, se realizó una tabla en la que se identificaron aspectos generales como: autores y año de publicación, título, ciudad-país, tipo de estudio, objetivo y resultados de cada registro.

Segundo, se identificaron los apartados que permitieron dar respuesta a los tres objetivos específicos planteados que son: síntomas del TEPT y TCS, comorbilidad entre ambos trastornos y el impacto del consumo de sustancias en la sintomatología del TEPT.

## Capítulo IV

### Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de una revisión bibliográfica sistemática. La búsqueda se realizó en tres bases de datos: Ebsco, Scopus y Pubmed. Inicialmente, se contó con 1389 registros que luego de depurarlos, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión o por estar duplicados, se obtuvo un total de 89 registros para el análisis.

Este capítulo está organizado en cinco apartados. Primero, características generales de los artículos seleccionados para el análisis, en donde se presentan características como autores y año de publicación, país en donde se ejecutó el artículo, el tipo de estudio y los tipos de intervención que abordaron algunos estudios.

Segundo, resultados en torno al primer objetivo específico que es identificar los principales síntomas del TEPT y TCS. Para ello, se describen todos los síntomas de ambos trastornos, algunos síntomas concretos que se mencionaron en los registros analizados y se señalaron algunas sustancias específicas en cuanto al TCS.

Tercero, resultados en cuanto al segundo objetivo específico que es revisar la comorbilidad existente entre dichos trastornos, para ello se señala el porcentaje de registros que presentaron comorbilidad y otras variables que se asociaron a los dos trastornos analizados.

Cuarto, resultados en relación al tercer objetivo específico que es describir el impacto del consumo de sustancias en la sintomatología del TEPT, en donde se describe cómo impacta un trastorno en el otro.

Quinto, resultados sobre el tratamiento para la comorbilidad entre ambos trastornos; se presentan los tipos de tratamiento desarrollados para abordar estas condiciones.

#### 4.1 Características de los Artículos Seleccionados

El 100% (N=89) de los artículos seleccionados para el análisis estuvieron escritos en inglés, para nuestros resultados no se encontraron artículos en español. El anexo 1 muestra las características de cada uno. Una buena parte de investigaciones se publicó en años recientes, la tabla 8 muestra a detalle estos datos.

**Tabla 8.**

*Tabla resumen de los años de los registros analizados*

<b>Año</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2012	1	1.1
2013	6	6.7
2014	6	6.7
2015	5	5.6
2016	6	6.7
2017	8	9.0
2018	5	5.6
2019	8	9.0
2020	8	9.0
2021	24	27.0
2022	12	13.5

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Más de la mitad de los artículos se desarrollaron en América del Norte, pues el 74.2% (N=66) correspondió a Estados Unidos, el 2.2% (N=2) a Canadá, y un 1.1% (N=1) a países como Alemania, Corea del Sur, Irlanda del Norte, Países Bajos, Reino Unido y Sudáfrica. Además, un 16.9% (N=15) no indicó el país en donde se ejecutó el estudio. Cabe recordar que entre ellos se encuentran revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Los estudios que más predominaron fueron los cuantitativos, de entre ellos el 65.2% (N=58) fueron de tipo experimental-controlado aleatorizado, el 13.5% (N=12) de regresión, el 7.9% (N=7) relacionales, el 2.2% (N=2) comparativos y el 1.1% (1) fue predictivo. Además, hubo artículos de revisiones bibliográficas, el 5.6% (N=5) fueron meta-análisis y el 3.4% (N=3) se correspondieron con revisiones sistemáticas.

El 21.3% (N=19) de los trabajos analizados investigaron sobre distintos tipos de intervención para el tratamiento de individuos que presentan comorbilidad entre en TEPT y TCS. Estas intervenciones se enfocaban en los tratamientos psicoterapéuticos, farmacológicos y recientemente se ha empezado a investigar sobre la estimulación magnética transcraneal, como modalidad de intervención en los casos de comorbilidad de los trastornos analizados en este trabajo.

#### **4.2 Principales Síntomas del TEPT y TCS**

Los síntomas del TETP y del TCS referidos en los artículos se basaron en el DSM, especialmente en la quinta edición. Para el TEPT los síntomas son: volver a experimentar fenómenos como pesadillas y pensamientos angustiosos recurrentes del evento, evitación y adormecimiento de la capacidad de respuesta general, por ejemplo intentar no hablar o recordar el evento traumático, experimentar desapego y distanciamiento de los otros y síntomas de hiperexcitación que engloban trastornos del sueño, aumento de la irritabilidad e hipervigilancia (Roberts et al., 2016).

Además, se hizo énfasis en síntomas concretos como la angustia (Badour et al., 2017), sobresalto exagerado, irritabilidad y agresión (Tripp et al., 2020), recordatorios de trauma (Farrelly et al., 2022; Peters et al., 2022). Los síntomas para el TEPT eran más graves en las personas con discapacidades físicas (Anderson et al., 2014).

En tanto que, para el TCS, los síntomas son: preocupación por obtener alcohol u otras drogas y una disminución del repertorio conductual hacia el consumo excesivo y la pérdida de control sobre este. Se suele acompañar además de la aparición de tolerancia a las sustancias que se consumen, así como de abstinencia y deterioro del funcionamiento social y laboral de la persona (Roberts et al., 2016).

Asimismo, se señalaron síntomas concretos, a saber, deseo por la sustancia (Badour et al., 2017), abstinencia, intentos de abandono fallidos e ingesta de la sustancia (Tripp et al.,



2020). No hubo diferencias en la presentación de los síntomas del TCS en las personas con o sin discapacidades físicas (Anderson et al., 2014).

Si bien se estudió el TCS en general, en algunos casos se especificaron las sustancias. Las que se destacaron fueron: tabaco (Malte et al., 2015), marihuana, alcohol, heroína (Mahoney et al., 2020) y opioides (López-Martínez et al., 2019), aunque este último se analizó en pacientes con dolor crónico. Se diferenció entre consumo de alcohol y de drogas (Mahoney et al., 2020).

De los síntomas mencionados para ambos trastornos, aquellos más relevantes en cuanto al TEPT fueron: intrusión, evitación e hiperactivación porque estos se asociaron con índices reducidos de gravedad en el consumo de alcohol (Palmisano et al., 2021). Y, en cuanto a TCS fueron: no poder dejar de beber y número de tragos, porque estos demostraron conexiones más fuertes con los ítems de TEPT (McGlinchey et al., 2022). La habituación a los síntomas como la angustia y al ansia son importantes para maximizar el resultado del tratamiento para pacientes con TEPT y trastornos comórbidos por uso de sustancias (Badour et al., 2017).

### **4.3 Comorbilidad Entre TEPT y TCS**

En el 100% (N=89) de los artículos se identificó comorbilidad entre ambos trastornos. En el 16.9% (N=15), los autores lo mencionaban en el marco teórico y en el porcentaje restante los presentaban en los resultados obtenidos a través de análisis estadísticos. Un 65.2% (N=58) de estudios presentó comorbilidad en los participantes de los estudios clínicos aleatorizados.

La comorbilidad entre TEPT y el TCS es bastante común y por lo general tiene un mal pronóstico (Roberts et al., 2015) y consecuencias devastadoras en la vida de quienes lo presentan (Meredith et al., 2021; Zegel et al., 2022). Una posible explicación de esta comorbilidad es que la presencia de un evento traumático, puede generar un TEPT, pues de

un 94.2% de personas que han informado al menos un trauma en su vida, un 51.0% cumplieron con los criterios del DSM para el TEPT (Meshberg-Cohen et al., 2016).

Entonces, para regular sus síntomas, las personas llegan a consumir sustancias (Schäfer et al., 2017). Los individuos con TCS y TEPT comórbido informaron significativamente más tipos de trauma (Meshberg-Cohen et al., 2016).

Asimismo, se encontró que, a más de existir una comorbilidad entre los trastornos analizados, otra condición adicional que tiene especial interés en ese caso fue la exposición a experiencias traumáticas, sobre todo, en la niñez. Se estima que la exposición a traumas a lo largo de la vida alcanza el 82 % entre los 22 y los 23 años (Peters et al., 2022). Se indicó que la exposición a experiencias traumáticas se relaciona con el consumo de sustancias, ya sea con el uso o el abuso y que el 94.2% de los participantes informaron al menos un trauma de por vida (Meshberg-Cohen et al., 2016). Un porcentaje considerable de personas con exposición al trauma en su vida puede asociarse con TCS, estas cifras varían entre el 21 al 98 % (Herron y Venner, 2022).

Otras variables adicionales que acentúan la gravedad de los dos constructos objetivo de análisis en este trabajo, fueron la impulsividad (Mahoney et al., 2020), el dolor agudo o crónico (López-Martínez et al., 2019; Saba et al., 2021), la violencia que incluye la agresión física y aquella que conduce a lesiones ya sea en la pareja o con terceros (Buchholz et al., 2017; Cohen et al., 2013; ), las discapacidades físicas (Anderson et al., 2014), la presencia de niños en el hogar (Jobe-Shields et al., 2015), los trastornos del sueño (Petrakis et al., 2016), la depresión (Meredith et al., 2021; Widmann et al., 2017), la hostilidad (Kachadourian et al., 2018), el historial de arresto (López-Castro et al., 2019) y el estilo de afrontamiento (Zang et al., 2017).

#### 4.4 Impacto del TCS en la Sintomatología del TEPT

El impacto del TCS sería de alguna manera adaptativo, en el sentido de que intenta regular los síntomas del TEPT. Se encontró que es posible que las personas con diagnóstico de TCS usen sustancias para regular los síntomas relacionados con el TEPT (Schäfer et al., 2017) debido a que las señales de trauma son más destacadas en la inducción del deseo de alcohol que es provocado por la señal del trauma (Berenz et al., 2021; Ralevski et al., 2016). El emparejamiento entre señales de trauma y el deseo de consumo de la sustancia ayuda a explicar la relación entre TEPT y TCS porque el aumento del deseo de consumo de cannabis, por ejemplo, aparece después de la exposición a una señal del trauma; en este caso la señal se trata de una pista audiovisual personalizada basada en la propia experiencia traumática de la persona (Farrelly et al., 2022).

Por eso se sugiere que, en el tratamiento para personas con TCS se debe considerar también la presencia de TEPT para su abordaje combinado (Torchalla et al., 2014). Así, personas que tengan estos dos trastornos pueden obtener un beneficio sustancial de la psicoterapia dirigida a abordar el consumo de sustancias (Sannibale et al., 2013).

También puede ocurrir que, un procedimiento que se enfoque en el trauma reduzca también los síntomas del TCS (Schäfer et al., 2017), pues se ha reportado que el deseo del alcohol, por ejemplo, está moderado por la gravedad del TEPT (Kaczurkin et al., 2016). Esto se evidenció en aquellos artículos que señalan que los niveles de gravedad del TEPT fueron similares tanto en personas con trastorno por consumo de varias sustancias o de una sola (Jeffirs et al., 2019). Es importante señalar que las edades de trauma más tempranas están relacionadas con una mayor gravedad de TCS (Fitzpatrick et al., 2020).

Los síntomas de ambos trastornos interactúan entre sí, de modo que los síntomas de TEPT agrandan el riesgo de uso de sustancias como respuesta de afrontamiento, esto, por tanto, aumenta el riesgo de síntomas de TCS y también de otras condiciones como conductas

de externalización, por ejemplo. Entre las conductas de externalización se incluye el comportamiento que rompe las reglas, como robos, ausentismo escolar, uso de lenguaje violento o vulgar y el comportamiento agresivo, como destrucción de propiedad, discusiones y peleas (Winningham et al., 2019).

El objetivo de describir el impacto del consumo de sustancias en la sintomatología del TEPT surgió de la hipótesis de que el TCS causaba efectos sobre el TEPT, sin embargo, los resultados de los registros analizados en este trabajo mostraron también ideas contrarias, es decir, el TEPT sería la variable que causa efectos sobre el TCS.

Un ejemplo de ello es que quienes mostraron menos reducción en la gravedad de los síntomas fueron los veteranos con TEPT primario en relación a los veteranos con TCS primario (Bountress et al., 2018). Se señaló también la relevancia que tiene el TEPT o la experiencia de situaciones adversas en la niñez, sobre el consumo de sustancias, ya sea en el inicio o en el mantenimiento de la conducta (Sofuoglu et al., 2014).

El conocimiento de si la relación es más fuerte en una dirección que en la otra permitiría comprender teóricamente de la relación entre el TEPT y el TCS. Los hallazgos respaldan el modelo de mantenimiento mutuo de la adicción (Tripp et al., 2020). Una mejora en el TEPT puede llevar a una mejora en el TCS (Brief et al., 2013), a medida que mejoran estos síntomas, los usuarios pueden experimentar una mejora en el funcionamiento psicosocial (Lyons et al., 2021) y una mayor autoeficacia para cambiar su consumo (Salas et al., 2021). Aunque se debe tener en cuenta que, en algunos casos el orden en el que se desarrollan, así como la presentación clínica puede afectar la respuesta al tratamiento (McLean et al., 2014).

Finalmente, el TEPT a más de generar un impacto en el consumo de sustancias, se asocia con la impulsividad (Mahoney et al., 2020) y con problemas psiquiátricos e incluso

físicos, como se observó en mujeres afroamericanas que reciben tratamiento residencial para TCS (Meshberg-Cohen et al., 2016).

#### **4.5 Tratamiento para la Comorbilidad entre TEPT y TCS**

Debido al impacto que tienen ambos trastornos entre ellos y por la coexistencia de estos, los tratamientos psicoterapéuticos se deben enfocar en ambas condiciones (Petrakis et al., 2020). Aunque algunos modelos de tratamiento generan cambios en ambos trastornos (Kehle-Forbes et al., 2019), el hecho de presentar comorbilidad se asocia con una deficiente asistencia al tratamiento (Kline et al., 2021). Se recomienda que, una vez finalizada la intervención para TCS, es necesario evaluar la presencia de síntomas residuales de TEPT (Tripp et al., 2020).

De los 18 estudios que investigaron los tratamientos para intervenir en estos casos, 12 abordaron distintas opciones psicoterapéuticas; cuatro se enfocaron en la terapia farmacológica, uno incluyó tanto la psicoterapia como la farmacoterapia y otro, presentó un modelo de terapia innovadora enfocado en la estimulación transcraneal.

En cuanto a la psicoterapia se destacó la modalidad individual (Roberts et al., 2016), el enfoque cognitivo conductual (Garland et al., 2016; Sannibale et al., 2013) y se presentaron algunos modelos de tratamiento como *Seeking Safety*, Doce pasos (Myers et al., 2015), *Mindfulness-Oriented* (Garland et al., 2016), terapia de mejora motivacional (Kehle-Forbes et al., 2019) y las más destacadas; la terapia de exposición prolongada (Foa et al., 2013; Kehle-Forbes et al., 2019; Peck et al., 2018; Stout et al., 2021) y la terapia de exposición prolongada junto con la terapia de habilidades de afrontamiento (Kline et al., 2021; Norman et al., 2019; Panza et al., 2021; Tripp et al., 2020).

Sobre la farmacoterapia, se investigó el efecto de fármacos como: naltrexona (Foa et al., 2013), zonisamida (Petrakis et al., 2020), oxitocina (Melkonian et al., 2021) y N-acetylcysteine (Back et al., 2020). Se indicó que los medicamentos noradrenérgicos son

prometedores para la intervención en estos trastornos y que deben ser probados en estudios clínicos aleatorizados (Sofuoglu et al., 2014).

Finalmente, sobre el modelo de terapia innovadora enfocado en la estimulación transcraneal, se encontraron hallazgos iniciales que apoyan el uso de estimulación intermitente *theta burst* para tratar la depresión en usuarios con comorbilidad de TEPT y TCS. La estimulación se realizó en la corteza prefrontal dorsolateral derecha. Los autores citaron estudios que sustentaron esta decisión, señalaron que la investigación meta analítica indica que la estimulación cerebral del lado derecho produce mayores reducciones en los síntomas de TEPT y que la estimulación magnética transcraneal de alta frecuencia, administrada a la corteza prefrontal dorsolateral derecha, puede reducir la activación de la amígdala ante estímulos amenazantes (Bozzay et al., 2021).

## Discusión

En esta sección de discusión se presentan y analizan los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica sistemática, que permitieron dar cumplimiento a los objetivos planteados inicialmente. Los hallazgos encontrados en esta revisión se relacionan con los referentes conceptuales y con los constructos expuestos en el marco teórico.

Se cumplió el objetivo general de investigación que fue realizar una revisión bibliográfica sistemática de los últimos diez años sobre la relación causal que existe entre el TEPT y el TCS. Pues, la revisión bibliográfica sistemática se realizó a partir de los 89 registros recuperados a través de tres bases de datos. Los artículos para el análisis estuvieron escritos en inglés, de los cuales, la mayoría se desarrollaron en Estados Unidos, correspondieron a los últimos cuatro años y eran de tipo cuantitativo.

El primer objetivo específico fue identificar los principales síntomas del TEPT y del TCS. Al respecto, los artículos que abordan la comorbilidad entre los dos trastornos, objeto de análisis en este trabajo, se basan en el DSM para establecer los criterios diagnósticos para ambos trastornos. Al igual que en este trabajo se contó con los criterios propuestos por el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los síntomas del TEPT son experimentar nuevamente fenómenos como pesadillas y pensamientos angustiosos recurrentes del evento, evitación, adormecimiento de la capacidad de respuesta general y síntomas de hiperalerta. Los síntomas específicos a los que se ha brindado mayor atención son: angustia, sobresalto exagerado, irritabilidad, agresión y recordatorios de trauma (Badour et al., 2017; Farrelly et al., 2022; Peters et al., 2022; Tripp et al., 2020). Los síntomas para el TEPT eran más graves en las personas con discapacidades físicas (Anderson et al., 2014).

Estos síntomas coinciden con los factores propuestos por otros investigadores, sobre todo, la reexperimentación y la percepción de amenaza (Reguera et al., 2021). Pues, la

reexperimentación englobaría la irritabilidad, la agresión y los recordatorios de trauma, en tanto que, la percepción de amenaza abarcaría la angustia y el sobresalto exagerado.

Los síntomas del TCS son preocupación por obtener alcohol u otras drogas y una disminución del repertorio conductual hacia el consumo excesivo y la pérdida de control sobre este. Se suele acompañar de la aparición de tolerancia, abstinencia y deterioro del funcionamiento social y laboral (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Los síntomas concretos son: deseo por la sustancia, abstinencia, intentos de abandono fallidos e ingesta de la sustancia (Badour et al., 2017; Tripp et al., 2020).

Estos síntomas coinciden con otros autores que abordan la pérdida de la capacidad volitiva de la persona y los daños que estas sustancias pueden generar en las personas (Agualongo y Robalino, 2020; National Institute on Drug Abuse, 2020; Sanz, 2019). Los daños a nivel físico son las afectaciones en la rutina diaria y en la capacidad física. A nivel psíquico se contempla las alteraciones en la memoria (Arteaga-Lozada y Plaza-Macías, 2021). A nivel social, se incluye el aislamiento social, el rechazo familiar y la pérdida de empleo (León et al., 2021).

En este trabajo se abordó el consumo de sustancias de manera general. Sin embargo, en el TCS puede especificarse el tipo de sustancia a la que el individuo tiene adicción, entre ellas se presenta el tabaco, la marihuana, la heroína, los opioides y el alcohol (López-Martínez et al., 2019; Mahoney et al., 2020; Malte et al., 2015).

Todas estas sustancias, excepto el alcohol, coinciden con las señaladas por Sateler et al. (2019) cuando hablan de las sustancias psicotrópicas más usuales para el consumo. Cabe mencionar que cada una de ellas genera diferentes consecuencias en el organismo y que, una vez generado el trastorno, pueden provocar alternaciones en más de una de las áreas en las que se desenvuelve la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).



El segundo objetivo específico fue revisar la comorbilidad existente entre dichos trastornos. Referente a eso, se identificó comorbilidad en la totalidad de los registros analizados. La presencia de ambos trastornos a la vez es bastante común y por lo general representa un mal pronóstico y consecuencias devastadoras en la vida de quienes lo presentan (Meredith et al., 2021; Roberts et al., 2015; Zegel et al., 2022).

Este resultado es similar a lo propuesto por otros autores que también señalan que existe una comorbilidad entre el TEPT y el TCS (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Torres de Galvis et al., 2010; Sáiz et al., 2021). A la concurrencia del TCS y al menos otro trastorno mental, se conoce como patología dual. Esta se define por una clínica múltiple, de difícil diagnóstico y baja respuesta al tratamiento (Rojas et al., 2022). Una de las consecuencias de esta condición es el estigma social que puede influir en el acceso y en la adherencia al tratamiento. Por tanto, los recursos y los servicios han de ajustarse en función de las necesidades de los usuarios para que reciban un soporte biopsicosocial (Calderón, 2021).

Otras variables adicionales que acentúan la gravedad de los dos constructos son la impulsividad, el dolor agudo o crónico, la violencia que incluye la agresión física y aquella que conduce a lesiones ya sea en la pareja o con terceros, las discapacidades físicas, la presencia de niños en el hogar, los trastornos del sueño, la depresión, la hostilidad, el historial de arresto y el estilo de afrontamiento (Anderson et al., 2014; Buchholz et al., 2017; Cohen et al., 2013; Jobe-Shields et al., 2015; Kachadourian et al., 2018; López-Castro et al., 2019; López-Martínez et al., 2019; Mahoney et al., 2020; Meredith et al., 2021; Petrakis et al., 2016; Saba et al., 2021; Widmann et al., 2017; Zang et al., 2017).

Este hallazgo difiere de lo propuesto en otras investigaciones, en donde se resalta la comorbilidad del TEPT con trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por déficit de

atención e hiperactividad (Aguirre et al., 2022). Esta diferencia puede explicarse debido a que estos autores analizan la comorbilidad del TEPT solamente, no junto con el TCS.

El trauma infantil es una condición adicional que tiene especial interés en el estudio de estos fenómenos porque la exposición a vivencias traumáticas, principalmente durante la niñez, pueden dar paso al desarrollo de un TEPT (Meshberg-Cohen et al., 2016).

Un planteamiento similar a este, es propuesto por otros investigadores (Bermúdez et al., 2020; Castro et al., 2019; Cervera et al., 2020; Portella et al., 2021). Por tanto, queda de manifiesto la importancia que tienen las vivencias traumáticas en la niñez, ya sea en el TEPT, en el TCS, o en ambas condiciones.

Una posible aproximación teórica que permite explicar esta comorbilidad es que la presencia de un evento traumático puede generar un TEPT y con el objetivo de regular sus síntomas, las personas desarrollan comportamientos de consumo de sustancias (Schäfer et al., 2017). Los individuos con TCS y TEPT comórbido tienen en su historial de vida más tipos de trauma (Meshberg-Cohen et al., 2016).

En este sentido, algunos autores sustentan este descubrimiento, puesto que reconocen la presencia de los trastornos anímicos secundarios al consumo e indican que en la mayoría de ocasiones el trastorno anímico es una condición primaria (Barroso-Carrillo, 2020; García-álvarez et al., 2020; Ibáñez et al., 2020; Nuño et al., 2020).

El tercer objetivo específico fue describir el impacto del consumo de sustancias en la sintomatología del TEPT. Sobre este objetivo, los resultados indicaron que el impacto del TCS es de alguna manera adaptativo porque intenta regular los síntomas del TEPT. Es posible que las personas con diagnóstico de TCS usen sustancias para regular los síntomas relacionados con el TEPT (Nuño et al., 2020; Schäfer et al., 2017).

Una posible explicación a este fenómeno es el efecto gratificante que producen las sustancias en el organismo (Jáuregui, 2018; Koob y Volkow, 2016). Este efecto de

gratificación anticipado de las sustancias desarrolla en la persona conductas que le llevan a experimentar el deseo de consumir (Moreta-Herrera et al., 2022; Wiers et al., 2007).

Además, frente a la presencia de factores estresantes, el organismo responde buscando la adaptación y el equilibrio (Carvajal, 2002), esto debido a que una de las condiciones para que aparezca la dependencia, son las interacciones psicosociales adversas. Concretamente, la infancia y la adolescencia son etapas importantes en donde el abuso de cualquier tipo y situaciones de negligencia, promueven las circunstancias para el posterior consumo de sustancias (Franco et al., 2021).

Las experiencias de trauma pueden constituir la antesala para el consumo de sustancias. Se señala que el emparejamiento entre las señales que recuerdan el trauma y el deseo de consumo de la sustancia ayuda a explicar la relación entre el TEPT y el TCS (Farrelly et al., 2022).

En línea con este resultado se expone que, los recordatorios de experiencias traumáticas que ocurrieron en el pasado, tienen la capacidad de llegar a activar ciertas regiones cerebrales que apoyan la aparición de emociones intensas (Van der Kolk, 2006), posibilitadas a través de la estimulación del cerebro límbico que es el responsable, junto con el cerebro reptiliano, del cerebro emocional. Aunque se debe tener en cuenta que actualmente, esta teoría no es aceptada en su totalidad. Así, si una persona experimenta seguridad y amor, el cerebro se especializará en la exploración, en el juego y en la cooperación. En tanto que, si la persona experimenta temor y no deseabilidad, este cerebro emocional, se especializará en el manejo del miedo y del abandono (López, 2017; Van Der Kolk, 2015).

Este objetivo de describir el impacto del consumo de sustancias en la sintomatología del TEPT, se planteó desde la hipótesis que es el consumo de sustancias el que genera un

impacto en el TEPT. Sin embargo, a más de la explicación presentada, se encontraron dos explicaciones adicionales contrarias a esta hipótesis inicial.

La primera indica que el TEPT genera un impacto en el TCS, pues el deseo del consumo de alcohol está moderado por la gravedad del TEPT (Kaczurkin et al., 2016). Este trastorno o la experiencia de situaciones adversas en la niñez tienen implicaciones en el consumo de sustancias, tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta (Sofuoglu et al., 2014). El TEPT a más de generar un impacto en el consumo de sustancias, se asocia con la impulsividad y con problemas psiquiátricos e incluso físicos (Mahoney et al., 2020; Meshberg-Cohen et al., 2016).

Este hallazgo coincide, en parte, con otros autores al señalar que entre los efectos que produce el TEPT, se encuentra el TCS, demostrando una asociación funcional entre ambos. El estrés post-traumático antecede al consumo de sustancias que es empleado para modificar los síntomas que produce el estrés postraumático (Jacobsen et al., 2001; Llorens et al., 2002; Molero-Jurado et al., 2017; Najavits, 2002). Aunque, hay que considerar también que variables adicionales como la personalidad y las experiencias vividas durante la niñez, pueden influir en esta condición (Salinas y Coria, 2017).

La segunda explicación es que, los síntomas de ambos trastornos interactúan entre sí, por ello, la presencia de síntomas de TEPT pueden aumentar el riesgo del uso de sustancias como una respuesta de afrontamiento. En consecuencia, aumenta el riesgo de presentar síntomas de TCS y de otras condiciones como conductas de externalización, a saber: romper reglas y comportamiento agresivo (Winningham et al., 2019).

Algo similar se menciona por otros autores en cuanto a las conductas de externalización, pues indican que las personas que desarrollan TCS pueden presentar problemas legales debido a la posesión o a la exposición a situaciones peligrosas y de riesgo (Organización Panamericana de la Salud, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2017).

El conocimiento de si la relación es más fuerte en una dirección que en la otra, permitiría comprender teóricamente la relación entre el TEPT y el TCS. Los hallazgos respaldan el modelo de mantenimiento mutuo de la adicción (Tripp et al., 2020). Una mejora en el TEPT puede llevar a una mejora en el TCS, a medida que mejoran estos síntomas, los usuarios pueden experimentar una mejora en el funcionamiento psicosocial y una mayor autoeficacia para cambiar su consumo (Brief et al., 2013; Lyons et al., 2021; Salas et al., 2021).

Otras investigaciones no refuerzan esta premisa, más bien mencionan que el TEPT es la condición que genera un TCS (Molero-Jurado et al. (2017). Una vez que se reconoce la existencia de una comorbilidad entre los dos trastornos, los registros analizados mostraron tres tipos de tratamiento para abordar estos trastornos: el farmacológico, el psicoterapéutico y la estimulación magnética transcraneal.

En la psicoterapia se indicó la modalidad individual y el enfoque cognitivo conductual (Garland et al., 2016; Roberts et al., 2016; Sannibale et al., 2013). Los modelos de tratamiento estudiados fueron: *Seeking Safety*, Doce pasos, *Mindfulness-Oriented*, terapia de mejora motivacional, la terapia de exposición prolongada y terapia de exposición prolongada junto con la terapia de habilidades de afrontamiento (Foa et al., 2013; Garland et al., 2016; Kehle-Forbes et al., 2019; Kline et al., 2021; Myers et al., 2015; Norman et al., 2019; Panza et al., 2021; Peck et al., 2018; Stout et al., 2021; Tripp et al., 2020). Estas dos últimas fueron las más destacadas.

Estos modelos de tratamiento, específicamente la terapia de exposición prolongada y la terapia de exposición prolongada junto con la terapia de habilidades de afrontamiento, abordarían los tres factores que engloban los síntomas del TEPT, que son la reexperimentación, la evitación y la percepción de amenaza (Reguera et al., 2021).

En este punto es importante considerar que, durante el tratamiento, el reconocimiento y el manejo de los síntomas anímicos representan un desafío en la práctica clínica (Ibáñez et al., 2020) y que durante el tratamiento, la falta de adherencia a este, puede reflejar un comportamiento de evitación (Carvajal, 2002). La dificultad que surge de las terapias en patología dual, es la falta de una red asistencial única para atención a todos los problemas mentales, que incluya las adicciones como problemas mentales. Esto debido a que el sistema de atención actual es diferenciado y excluyente, con el peligro de disminuir la calidad de la atención (Torrens, 2008).

En la farmacoterapia se investigó el efecto de fármacos como la naltrexona, la zonisamida, la oxitocina y la N-acetylcysteine (Back et al., 2020; Foa et al., 2013; Melkonian et al., 2021; Petrakis et al., 2020). Los medicamentos noradrenérgicos son prometedores para la intervención en estos trastornos y deben ser probados en estudios clínicos aleatorizados.

Se señala el efecto de los fármacos para su abordaje clínico en vista de que el TEPT genera cambios en la anatomía y en la neurofisiología cerebral (Pérez-Rincón et al., 2007; Shin et al., 2006). Hay puntos de vista a favor y en contra del empleo de la farmacoterapia para la intervención en estos casos. Por ejemplo, en algunos casos puede generar dolores, mareos o somnolencia, que serían efectos negativos, en tanto que, el principal beneficio sería la disminución de la sintomatología. El tratamiento no farmacológico es considerado como la primera opción para el TEPT (Alderman et al., 2009). Sin embargo, la combinación, tanto de los fármacos como de la psicoterapia, es importante y favorecedora para su intervención. En algunas ocasiones no se alcanza la remisión total de los síntomas a través de la psicoterapia, por eso se necesitan incluir la medicación hasta determinar la terapia farmacológica más adecuada a las condiciones de cada individuo (Muñoz y Lozano, 2009). La psicoterapia es adecuada para un nivel leve de TEPT, mientras que, para niveles graves y crónicos, se considera una adecuada mezcla de medicación y de psicoterapia (Mingote et al., 2019).

En el modelo de terapia innovadora enfocado en la estimulación magnética transcraneal, los hallazgos iniciales que apoyan el uso de estimulación intermitente *theta burst* para abordar la depresión en personas que poseen comorbilidad entre el TEPT y el TCS (Bozzay et al., 2021). La estimulación se realiza en la corteza prefrontal dorsolateral derecha porque la estimulación cerebral del lado derecho produce mayores reducciones en los síntomas de TEPT y que estimulación magnética transcraneal de alta frecuencia, administrada a la corteza prefrontal dorsolateral derecha, puede reducir la activación de la amígdala ante estímulos amenazantes (Baeken et al., 2010; Berlim y Van Den Eynde, 2014; Bozzay et al., 2021; Karsen et al., 2014).

Esta premisa se apoya en que, el TEPT no se encuentra del todo en *la cabeza* de los individuos que poseen este trastorno, sino que presenta una base fisiológica. De modo que, permite evidenciar la importancia de relacionar los efectos que genera el trauma sobre la estructura y el funcionamiento cerebral para comprender la naturaleza fisiológica de esta condición (Van der Kolk, 2006).

Debido al impacto que tienen ambos trastornos entre ellos y por su coexistencia, se sugiere que los tratamientos psicoterapéuticos se enfoquen en ambas condiciones, es decir que sea un tratamiento combinado que integre el abordaje para el TEPT y para el TCS (Kehle-Forbes et al., 2019; Kline et al., 2021; Petrakis et al., 2020).

En este sentido, autores sugieren que se brinde importancia al tratamiento temprano de TEPT para evitar que se consoliden las neurosis en sus formas crónicas y que habitualmente son de difícil tratamiento (Atkinson et al., 1984), tomando en cuenta que, para establecer una adecuada intervención clínica, antes es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial puesto que puede haber otro trastorno que lo acompañe (Vermetten y Lanius, 2012).

## Conclusiones

Este trabajo de investigación permitió elaborar una revisión bibliográfica actualizada, acerca de dos constructos de importancia en la psicología, que son el TEPT y el TCS.

Los principales síntomas del TEPT son recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes de la experiencia traumática, tendencia a revivir el hecho traumático como si estuviese sucediendo otra vez, sueños perturbadores o pesadillas, reacciones físicas frente a situaciones, lugares, objetos que le recuerden el suceso traumático. El TCS incluye la necesidad intensa de consumir la sustancia, consumo de dosis cada vez más altas para obtener el mismo efecto, problemas económicos, físicos y sociales por el consumo, abandono de responsabilidades laborales, educativas y familiares, fracaso en el intento de abandonar el consumo de la sustancia, abstinencia.

Se encuentra comorbilidad entre dichos trastornos en la totalidad de artículos analizados, ya sea en el marco teórico o en los resultados obtenidos a través de análisis estadísticos. Esta comorbilidad suele ser habitual y por lo general tiene un mal pronóstico y consecuencias negativas. Otras variables adicionales que son de interés en este análisis son: exposición a experiencias traumáticas, impulsividad, dolor agudo o crónico, violencia que incluye la agresión física y aquella que conduce a lesiones ya sea en la pareja o con terceros, discapacidades físicas, presencia de niños en el hogar, trastornos del sueño, depresión, hostilidad, historial de arresto y estilo de afrontamiento.

El impacto del TCS puede llegar a ser adaptativo porque intenta regular los síntomas del TEPT, es posible que las personas con TCS usen sustancias para regular los síntomas relacionados con el TEPT. También, los síntomas de ambos trastornos interactúan entre sí, de modo que los síntomas de TEPT aumentan el riesgo de uso de sustancias como respuesta de afrontamiento, esto, por tanto, aumenta el riesgo de síntomas de TCS. También, puede ser que el TEPT sería la variable que causa efectos sobre el TCS. Los hallazgos respaldan el



modelo de mantenimiento mutuo de la adicción. Una mejora en el TEPT puede llevar a una mejora en el TCS. Se presentan dos tipos de tratamiento para abordar estas condiciones, la psicoterapia y la farmacoterapia.

### **Limitaciones y Recomendaciones**

Al realizar esta revisión bibliográfica sistematizada, la mayor limitación identificada fue el tiempo con respecto a la cantidad de artículos para el análisis.

Por otra parte, una limitación bastante imponente fue la metodología Prisma aplicada en el capítulo de metodología, debido a que no existe más que un trabajo de tesis en la universidad, los compañeros desconocían dicha metodología y no hay suficientes fuentes que sean de ayuda y guía para entenderla y poderla aplicar.

Por tanto, se sugiere que se ejecuten cursos o talleres enfocados a proporcionar información a los estudiantes sobre las distintas metodologías de investigación y que fortalezcan habilidades de investigación.

Se sugiere además que, se consideren ambos trastornos, tanto en la evaluación de TEPT o TCS, como en la intervención, para lograr un tratamiento eficaz y completo.

### Referencias Bibliográficas

- Abram, S. V., Batki, S. L., & Pennington, D. L. (2021). Working memory and alcohol demand relationships differ according to PTSD symptom severity among veterans with AUD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 29(2), 166–177.  
<https://doi.org/10.1037/PHA0000463>
- Agualongo, J., & Robalino, D. (2020). Consecuencias del consumo de drogas en las Funciones Ejecutivas en adolescentes y jóvenes adultos. *Revista Cientific*, 5, 127–145.  
<https://doi.org/10.29394/SCIENTIFIC.ISSN.2542-2987.2020.5.E.6.127-145>
- Aguirre, M., Sidera-Caballero, F., Rostan-Sánchez, C., & Onandia-Hinchado, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), 2340–8340.  
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.1.1>
- Alderman, C., McCarthy, L., & Marwood, A. (2009). Farmacoterapia para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). *RET: revista de toxicomanías*, (58), 3–11.  
[https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf\\_files/3Semestre/teoria-y-tratamiento-de-la-ansiedad-2/clase12/Farmaco terapia para el Estres Postraumatico.pdf](https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/3Semestre/teoria-y-tratamiento-de-la-ansiedad-2/clase12/Farmaco%20terapia%20para%20el%20Estr%C3%A9s%20Postraum%C3%A1tico.pdf)
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T., ... Kessler, R. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16, 1234–1246.  
<https://doi.org/10.1038/MP.2010.101>
- Álvarez, A. (2015). *Consecuencias psicológicas del terrorismo* (tesis de maestría). Universidad de Oviedo. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/33883>
- Anderson, M. L., Ziedonis, D. M., & Najavits, L. M. (2014). Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder Comorbidity Among Individuals With Physical

- Disabilities: Findings From the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Traumatic Stress*, 27(2), 182–191. <https://doi.org/10.1002/JTS.21894>
- Arteaga-Lozada, F., & Plaza-Macías, N. (2021). Consumo de sustancias estupefacientes en adolescentes. Estudio de caso Parroquia Sucre del cantón 24 de Mayo, Ecuador. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN*, 5(9), 219–235. <https://editorialibkn.com/index.php/Yachasun/article/view/176/299>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5<sup>ta</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Atkinson, R., Sparr, L., Sheff, A., White, R., & Fitzsimmons, J. (1984). Diagnosis of Posttraumatic Stress in Viet Nam Veterans: Preliminary Disorder Findings. *American Journal of Psychiatry*, 141(5), 694–696. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.5.694>.
- Back, S. E., Flanagan, J. C., Jones, J. L., Augur, I., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., ... Brady, K. T. (2018). Doxazosin for the treatment of co-occurring PTSD and alcohol use disorder: Design and methodology of a randomized controlled trial in military veterans. *Contemporary Clinical Trials*, 73, 8–15. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2018.08.009>
- Back, S. E., Gray, K., Santa, E., Jones, J. L., Jarnecke, A. M., Joseph, J. E., ... Kalivas, P. W. (2020). N-acetylcysteine for the treatment of comorbid alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder: Design and methodology of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*, 91, 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.105961>
- Badour, C. L., Flanagan, J. C., Gros, D. F., Killeen, T., Pericot-Valverde, I., Korte, K. J., ... Back, S. E. (2017). Habituation of distress and craving during treatment as predictors of change in PTSD symptoms and substance use severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 274–281. <https://doi.org/10.1037/CCP0000180>
- Baeken, C., De Raedt, R., Van Schuerbeek, P., Vanderhasselt, M. A., De Mey, J., Bossuyt,

- A., & Luypaert, R. (2010). Right prefrontal HF-rTMS attenuates right amygdala processing of negatively valenced emotional stimuli in healthy females. *Behavioural Brain Research*, *214*(2), 450–455. <https://doi.org/10.1016/J.BBR.2010.06.029>
- Baker, L. D., Stroman, J. C., Kalantar, E. A., Bock, R. C., & Berghoff, C. R. (2022). Indirect Associations Between Posttraumatic Stress Symptoms and Other Psychiatric Symptoms, Alcohol Use, and Well-being via Psychological Flexibility Among Police Officers. *Journal of Traumatic Stress*, *35*(1), 55–65. <https://doi.org/10.1002/JTS.22677>
- Barroso-Carrillo, L. (2020). Del hogar a la calle: Un camino sin esperanza bajo el oscuro mundo de adicción a las sustancias psicoactivas. *Sostenibilidad, Tecnología y Humanismo*, *11*(2), 87–96. <https://doi.org/10.25213/2216-1872.98>
- Batki, S. L., Pennington, D. L., Lasher, B., Neylan, T. C., Metzler, T., Waldrop, A., ... Herbst, E. (2014). Topiramate treatment of alcohol use disorder in veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *38*(8), 2169–2177. <https://doi.org/10.1111/ACER.12496>
- Belleau, E. L., Chin, G., Wanklyn, S. G., Zambrano-Vazquez, L., Schumacher, J. A., & Coffey, S. F. (2017). Pre-treatment Predictors of Dropout from Prolonged Exposure Therapy in Patients with Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Substance Use Disorders HHS Public Access Author manuscript. *Behaviour Research and Therapy*, *91*, 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.011>
- Berenz, E. C., & Coffey, S. F. (2012). Treatment of Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders. *Current Psychiatry Reports*, *14*(5), 469. <https://doi.org/10.1007/S11920-012-0300-0>
- Berenz, E. C., Edalatian Zakeri, S., Demos, A. P., Paltell, K. C., Bing-Canar, H., Kevorkian, S., & Ranney, R. (2021). Negative affect and alcohol craving in trauma-exposed young adult drinkers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *45*(7), 1479–1493.

<https://doi.org/10.1111/ACER.14641>

Berlim, M., & Van Den Eynde, F. (2014). Repetitive transcranial magnetic stimulation over the dorsolateral prefrontal cortex for treating posttraumatic stress disorder: An exploratory meta-analysis of randomized, double-blind and sham-controlled trials. *Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(9), 487–496.

<https://doi.org/10.1177/070674371405900905>

Bermúdez, L., Barrantes, M., & Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*, *5*(9), e568–e568. <https://doi.org/10.31434/RMS.V5I9.568>

Bestha, D., Tomatsu, S., Hutcheson, B., Blankenship, K., Yu, Z., Wally, M. K., ... Rachal, J. (2022). Impact of an opioid prescribing alert system on patients with posttraumatic stress disorder. *The American Journal on Addictions*, *31*(2), 123–131.

<https://doi.org/10.1111/AJAD.13261>

Blakey, S. M., Campbell, S. B., & Simpson, T. L. (2021). Associations Between Lifetime Panic Attacks, Posttraumatic Stress Disorder, and Substance Use Disorders in a Nationally Representative Sample. *Journal of Dual Diagnosis*.

<https://doi.org/10.1080/15504263.2021.2013096>

Bountress, K. E., Badour, C., Flanagan, J., Gilmore, A. K., & Back, S. E. (2018). Treatment of Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use: Does Order of Onset Influence Outcomes? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *10*(6), 662. <https://doi.org/10.1037/TRA0000309>

Bozzay, M. L., Brigido, S., van 't Wout-Frank, M., Aiken, E., Swift, R., & Philip, N. S. (2021). Intermittent Theta Burst Stimulation in Veterans with Mild Alcohol Use Disorder. *Journal of Affective Disorders*, *293*, 314–319.

<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.06.039>

Brief, D. J., Rubin, A., Keane, T. M., Enggasser, J. L., Roy, M., Helmuth, E., ...

- Rosenbloom, D. (2013). Web intervention for OEF/OIF veterans with problem drinking and PTSD symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 890–900. <https://doi.org/10.1037/A0033697>
- Buchholz, K. R., Bohnert, K. M., Sripada, R. K., Rauch, S. A. M., Epstein-Ngo, Q. M., & Chermack, S. T. (2017). Associations between PTSD and intimate partner and non-partner aggression among substance using veterans in specialty mental health. *Addictive Behaviors, 64*, 194–199. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2016.08.039>
- Calderón, C. (2021). El Estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia en recursos tratamentales-asistenciales. *Norte de Salud Mental, 17*(65), 34–47.
- Capone, C., Tripp, J. C., Trim, R. S., Davis, B. C., Haller, M., & Norman, S. B. (2020). Comparing Exposure- and Coping Skills-Based Treatments on Trauma-Related Guilt in Veterans With Co-Occurring Alcohol Use and Posttraumatic Stress Disorders. *Journal of Traumatic Stress, 33*(4), 603–609. <https://doi.org/10.1002/JTS.22538>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40*, 20–34. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Castro, M., Martínez, A., López-Soler, C., López-García, J., & Alcántara-López, M. (2019). Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados. *Ciencias Psicológicas, 13*(2), 378–389. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1894>
- Cervera, I., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández-Fernández, V., & Martínez Pérez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo, 41*(3), 219–229. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Cohen, L. R., Field, C., Campbell, A. N. C., & Hien, D. A. (2013). Intimate partner violence outcomes in women with PTSD and substance use: a secondary analysis of NIDA

- Clinical Trials Network “Women and Trauma” Multi-site Study. *Addictive Behaviors*, 38(7), 2325–2332. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2013.03.006>
- Colvonen, P. J., Straus, L. D., Drummond, S. P., Angkaw, A. C., & Norman, S. B. (2020). Examining sleep over time in a randomized control trial comparing two integrated PTSD and alcohol use disorder treatments. *Drug and Alcohol Dependence*, 209. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2020.107905>
- Diaconu, A. (2010). *El trastorno por estrés postrumático (TEPT) de origen laboral. Estudio de un caso clínico (tesis de maestría)*. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona. [https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/TFM\\_Aniela\\_Diaconu.pdf](https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/TFM_Aniela_Diaconu.pdf)
- Dvir, Y. (2022). Childhood Trauma and Psychosis: A Brief Updated Review and Case Study. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 31(1), 91–98. <https://doi.org/10.1016/J.CHC.2021.08.002>
- Farrelly, K. N., Romero-Sanchiz, P., Mahu, T., Barrett, S. P., Collins, P., Rasic, D., & Stewart, S. H. (2022). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Coping Motives are Independently Associated with Cannabis Craving Elicited by Trauma Cues. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 178–185. <https://doi.org/10.1002/JTS.22715>
- Fitzpatrick, S., Saraiya, T., Lopez-Castro, T., Ruglass, L. M., & Hien, D. (2020). The impact of trauma characteristics on posttraumatic stress disorder and substance use disorder outcomes across integrated and substance use treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 113(107976), 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.01.012>
- Foa, E. B., Yuskov, D. A., McLean, C. P., Suvak, M. K., Bux, D. A., Oslin, D., ... Volpicelli, J. (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: a randomized clinical trial. *JAMA*, 310(5), 488–495. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2013.8268>
- Franco, G., Migliaro, M., Molina, L., Méndez-Díaz, M., Ruiz-Contreras, A., Cortés-Morelos,



- J., ... Prospéro-García, O. (2021). El cerebro social y místico en el paciente dependiente de sustancias. *Psicumex*, *11*, 1–31. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.393>
- Fuehrlein, B., Ralevski, E., O'Brien, E., Jane, J. S., Arias, A. J., & Petrakis, I. L. (2014). Characteristics and drinking patterns of veterans with alcohol dependence with and without post-traumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, *39*(2), 374–378. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2013.08.026>
- Gage, S., Hickman, M., & Zammit, S. (2016). Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence. *Biological Psychiatry*, *79*(7), 549–556. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2015.08.001>
- Gandelman, E. M., Miller, S. A., & Back, S. E. (2022). Imaginal exposure processing during Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders using Prolonged Exposure (COPE) therapy: Examination of linguistic markers of cohesiveness. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/JTS.22786>
- García-álvarez, L., De la Fuente-Tomás, L., Sáiz, P., García-Portilla, M., & Bobes, J. (2020). Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the covid-19 lockdown? *Adicciones*, *32*(2), 85–89. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1546>
- Garland, E. L., Roberts-Lewis, A., Tronnier, C. D., Graves, R., & Kelley, K. (2016). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, *77*, 7–16. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2015.11.012>
- Herron, J. L., & Venner, K. L. (2022). A Systematic Review of Trauma and Substance Use in American Indian and Alaska Native Individuals: Incorporating Cultural Considerations. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* *2022*, 1–30. <https://doi.org/10.1007/S40615-022-01250-5>

- Hien, D. A., Smith, K. Z., Owens, M., López-Castro, T., Ruglass, L. M., & Papini, S. (2018). Lagged effects of substance use on PTSD severity in a randomized controlled trial with modified prolonged exposure and relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(10), 810–819. <https://doi.org/10.1037/CCP0000345>
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., & Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes, 31*(2), 174–182. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.02.005>
- Jacobsen, L., Southwick, S., & Kosten, T. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1184–1190. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.158.8.1184/FORMAT/EPUB>
- Jáuregui, I. (2018). Food Craving. Aspectos Generales y Modelo Adictivo de la Obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria, 27*, 2921–2942.
- Jeffirs, S. M., Jarnecke, A. M., Flanagan, J. C., Killeen, T. K., Laffey, T. F., & Back, S. E. (2019). Veterans with PTSD and comorbid substance use disorders: Does single versus poly-substance use disorder affect treatment outcomes? HHS Public Access. *Drug Alcohol Depend, 199*, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.001>
- Jobe-Shields, L., Flanagan, J. C., Killeen, T., & Back, S. E. (2015). Family composition and symptom severity among Veterans with comorbid PTSD and substance use disorders. *Addictive Behaviors, 50*, 117–123. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2015.06.019>
- Johnson, C. (1986). Objectives of Community Programs to Prevent Drug Abuse. *Journal of School Health, 56*(9), 364–368. <https://doi.org/10.1111/J.1746-1561.1986.TB05774.X>
- Kachadourian, L. K., Gandelman, E., Ralevski, E., & Petrakis, I. L. (2018). Suicidal ideation in military veterans with alcohol dependence and PTSD: The role of hostility. *The American Journal on Addictions, 27*(2), 124–130. <https://doi.org/10.1111/AJAD.12688>

- Kaczurkin, A. N., Asnaani, A., Alpert, E., & Foa, E. B. (2016). The impact of treatment condition and the lagged effects of PTSD symptom severity and alcohol use on changes in alcohol craving. *Behaviour Research and Therapy*, *79*, 7–14.  
<https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2016.02.001>
- Kagee, A., Saal, W., Bantjes, J., & Sterley, A. (2021). Correlates of viral non-suppression among South African antiretroviral therapy users: comorbidity of major depression, posttraumatic stress, and alcohol use disorders. *AIDS Care*, 1–7.  
<https://doi.org/10.1080/09540121.2021.2016577>
- Karsen, E., Watts, B., & Holtzheimer, P. (2014). Review of the Effectiveness of Transcranial Magnetic Stimulation for Post-traumatic Stress Disorder. *Brain Stimulation*, *7*(2), 151–157. <https://doi.org/10.1016/J.BRS.2013.10.006>
- Kehle-Forbes, S. M., Chen, S., Polusny, M. A., Lynch, K. G., Koffel, E., Ingram, E., ... Oslin, D. W. (2019). A randomized controlled trial evaluating integrated versus phased application of evidence-based psychotherapies for military veterans with comorbid PTSD and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, *205*.  
<https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2019.107647>
- Kim, J. I., Park, H., Min, B., Oh, S., Lee, J. H., & Kim, J. H. (2021). The mediation effect of depression and alcohol use disorders on the association between post-traumatic stress disorder and obstructive sleep apnea risk in 51,149 Korean firefighters: PTSD and OSA in Korean firefighters. *Journal of Affective Disorders*, *292*, 189–196.  
<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.05.077>
- Kline, A. C., Panza, K. E., Harlé, K. M., Angkaw, A. C., Trim, R. S., Back, S. E., & Norman, S. B. (2021). Within-treatment clinical markers of dropout risk in integrated treatments for comorbid PTSD and alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *221*.  
<https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2021.108592>

- Kline, A. C., Straus, E., Lyons, R. C., Angkaw, A. C., Davis, B. C., Haller, M., ... Norman, S. B. (2021). Substance use predictors of attendance among veterans in integrated PTSD and alcohol use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 124*.  
<https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2021.108278>
- Koob, G., & Volkow, N. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry, 3*(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- León, E., Prado, R., Corona, B., & Romero, R. (2021). Caracterización de pacientes con trastornos adictivos y por uso de sustancias. *Archivos del Hospital Universitario General Calizto García, 9*(2), 190–205.  
<http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e678/641>
- Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, 380*(9859), 2224–2260.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Llorens, R., Morales, E., De Vicente, T., & Calatayud, M. (2002). Estrés post-traumático y adicciones. *Adicciones, 14*(4), 487. <https://doi.org/10.20882/adicciones.477>
- López-Castro, T., Smith, K. Z., Nicholson, R. A., Armas, A., & Hien, D. A. (2019). Does a history of violent offending impact treatment response for comorbid PTSD and substance use disorders? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 97*, 47–58. <https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2018.11.009>
- López-Martínez, A. E., Reyes-Pérez, Á., Serrano-Ibáñez, R. E., Esteve, R., & Ramírez-Maestre, C. (2019). Chronic pain, posttraumatic stress disorder, and opioid intake: A systematic review. *World Journal Clinical Cases, 7*(24), 4254–4269.  
<https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i24.4254>

- López, M. (2017). Aletheia: contra el olvido. Estrategias a través del arte para elaborar la memoria emocional ¿Qué hacer con el patrimonio inmaterial del recuerdo traumático? *Estudios Pedagógicos*, 43(4), 147–160. <https://doi.org/10.4067/s0718-07052017000400008>
- Lortye, S. A., Will, J. P., Marquenie, L. A., Goudriaan, A. E., Arntz, A., & de Waal, M. M. (2021). Treating posttraumatic stress disorder in substance use disorder patients with co-occurring posttraumatic stress disorder: study protocol for a randomized controlled trial to compare the effectiveness of different types and timings of treatment. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-021-03366-0>
- Lozano, B. E., Allan, N. P., Gros, D. F., Jones, J., & Back, S. E. (2021). Treatment Goals and Alcohol Use Outcomes in Veterans With Comorbid Alcohol Dependence and Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal on Addictions*, 30(2), 131–137. <https://doi.org/10.1111/AJAD.13131>
- Lubman, D., Allen, N., Rogers, N., Cementon, E., & Bonomo, Y. (2007). The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *Journal of affective disorders*, 103(1–3), 105–112. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2007.01.011>
- Lyons, R., Panza, K. E., Helm, J., Angkaw, A. C., Straus, E., & Norman, S. B. (2021). Psychosocial functioning in integrated treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 142, 40–47. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.07.036>
- Mahoney, C. T., Cole, H. E., Gilbar, O., & Taft, C. T. (2020). The Role of Impulsivity in the Association Between Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity and Substance Use in Male Military Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 33(3), 296. <https://doi.org/10.1002/JTS.22508>
- Malte, C. A., Dennis, P. A., Saxon, A. J., McFall, M., Carmody, T. P., Unger, W., &

- Beckham, J. C. (2015). Tobacco use trajectories among a large cohort of treated smokers with posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors, 41*, 238–246.  
<https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2014.10.034>
- McGlinchey, E., Ross, J., Murphy, D., Shorter, G. W., & Armour, C. (2022). Disentangling the Symptom-Level Nuances in Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Problematic Alcohol Use in Northern Irish Military Veterans: A Network Analysis. *Journal of Traumatic Stress, 35*(1), 32–41. <https://doi.org/10.1002/JTS.22666>
- McLean, C. P., Su, Y. J., & Foa, E. B. (2014). Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: does order of onset make a difference? *Journal of Anxiety Disorders, 28*(8), 894–901. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2014.09.023>
- McLean, C. P., Su, Y. J., & Foa, E. B. (2015). Mechanisms of symptom reduction in a combined treatment for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(3), 655–661.  
<https://doi.org/10.1037/CCP0000024>
- Melkonian, A. J., Flanagan, J. C., Calhoun, C. D., Hogan, J. N., & Back, S. E. (2021). Craving Moderates the Effects of Intranasal Oxytocin on Anger in Response to Social Stress Among Veterans With Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 41*(4), 465–469.  
<https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001434>
- Meredith, L. S., Komaromy, M. S., Cefalu, M., Murray-Krezan, C., Page, K., Osilla, K. C., ... Watkins, K. E. (2021). Design of CLARO (Collaboration Leading to Addiction Treatment and Recovery from other Stresses): A randomized trial of collaborative care for opioid use disorder and co-occurring depression and/or posttraumatic stress disorder. *Contemporary Clinical Trials, 104*. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2021.106354>
- Meshberg-Cohen, S., Gross, G. M., Kachadourian, L. K., & Harpaz-Rotem, I. (2021). Binge

- drinking following residential treatment for posttraumatic stress disorder among veterans with and without alcohol use disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 202–208. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.09.024>
- Meshberg-Cohen, S., Presseau, C., Thacker, L. R., Hefner, K., & Svikis, D. (2016). Posttraumatic Stress Disorder, Health Problems, and Depression Among African American Women in Residential Substance Use Treatment. *Journal of Women's Health*, 25(7), 729. <https://doi.org/10.1089/JWH.2015.5328>
- Mingote, J., Menjón, F., & Mingote, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II. *Aperturas Psicoanalíticas*, (62), 1–18.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873–880. <https://doi.org/10.1093/PTJ/89.9.873>
- Molero-Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez-Linares, J., & Barragán-Martín, A. (2017). Analysis and Profiles of Drug Use in Adolescents: Perception of Family Support and Evaluation of Consequences. *Atención Familiar*, 24(2), 56–61. <https://doi.org/10.1016/J.AF.2017.02.001>
- Moreta-Herrera, R., & Reyes-Valenzuela, C. (2022). El sesgo atencional en los trastornos relacionados con sustancias. Aspectos teóricos, evaluativos y de tratamiento. *Interdisciplinaria*, 39(1), 77–90. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.5>
- Morice, C. K., Yamine, L., Yoon, J., Lane, S. D., Schmitz, J. M., Kosten, T. R., ... Verrico, C. D. (2022). Comorbid alcohol use and post-traumatic stress disorders: Pharmacotherapy with aldehyde dehydrogenase 2 inhibitors versus current agents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 115. <https://doi.org/10.1016/J.PNPBP.2021.110506>
- Muñoz, H., & Lozano, L. (2009). Tratamiento de las pesadillas en el trastorno por estrés

postraumático: farmacoterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 325–337.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615421009>

Myers, U. S., Browne, K. C., & Norman, S. B. (2015). Treatment Engagement: Female Survivors of Intimate Partner Violence in Treatment for PTSD and Alcohol Use Disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(3–4), 238–247.

<https://doi.org/10.1080/15504263.2015.1113762>

Najavits, L. (2002). Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 79–85.

[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00219-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00219-2)

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia y la adicción*. El uso indebido de drogas y la adicción. Recuperado el 7 de diciembre de 2021, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>

Norman, S. B., Trim, R., Haller, M., Davis, B. C., Myers, U. S., Colvonen, P. J., ... Mayes, T. (2019). Efficacy of Integrated Exposure Therapy vs Integrated Coping Skills Therapy for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76(8), 791–799.

<https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2019.0638>

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409–418. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.409>

Nuño, L., Blithikioti, C., & Miquel, L. (2020). Adicción, trauma y afrontamiento. *Psicosomática y Psiquiatría*, 15, 93–110.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe*



*Regional, 2016*. Recuperado el 7 de diciembre de 2021, de

[https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Informes/Otros/Informe\\_Universitario\\_Regional.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Informes/Otros/Informe_Universitario_Regional.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2022). *Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC: el consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas*. Recuperado el 29 de enero de 2022, de

[https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06\\_26\\_Informe\\_Mundial\\_Drogas\\_2020.html](https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html)

Organización de los Estados Americanos. & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2010). *Mecanismo de Evaluación Multilateral Ecuador*. Evaluación del progreso de control de drogas 2007-2009. Recuperado el 29 de enero de 2022, de [http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full\\_Eval/Ecuador - 5ta Rd - ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full_Eval/Ecuador - 5ta Rd - ESP.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2022). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Recuperado el 24 de febrero de 2022, de <https://icd.who.int/browse11/11-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F2070699808>

Organización Panamericana de la Salud. & Organización Mundial de la Salud. (2017). *Abuso de sustancias*. Recuperado el 7 de diciembre de 2021, de <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Palmisano, A. N., Fogle, B. M., Tsai, J., Petrakis, I. L., & Pietrzak, R. H. (2021).

Disentangling the association between PTSD symptom heterogeneity and alcohol use disorder: Results from the 2019-2020 National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Psychiatric Research, 142*, 179–187.

<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.07.046>

Paltell, K. C., & Berenz, E. C. (2022). The Influences of Posttraumatic Stress Disorder and

- Distress Tolerance on Trauma and Alcohol Cue Reactivity in a Sample of Trauma-Exposed College Students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 83(1), 106–114. <https://doi.org/10.15288/JSAD.2022.83.106>
- Panza, K. E., Kline, A. C., Norman, G. J., Pitts, M., & Norman, S. B. (2021). Subgroups of comorbid PTSD and AUD in U.S. military veterans predict differential responsiveness to two integrated treatments: A latent class analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 342–350. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.02.061>
- Peck, K. R., Schumacher, J. A., Stasiewicz, P. R., & Coffey, S. F. (2018). Adults with Comorbid Posttraumatic Stress Disorder, Alcohol Use Disorder, and Opioid Use Disorder: The Effectiveness of Modified Prolonged Exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 31(3), 373. <https://doi.org/10.1002/JTS.22291>
- Pérez-Rincón, E., González-Forteza, C., Ramos, L., & Jiménez, J. (2007). Trastorno por estrés postraumático en pacientes con lesiones no intencionales producidas en accidentes de tránsito. *Salud Mental*, 30(6), 43–48. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam076f.pdf>
- Peters, W., Rice, S., Alvarez-Jimenez, M., Hetrick, S. E., Halpin, E., Kamitsis, I., ... Bendall, S. (2022). Relative efficacy of psychological interventions following interpersonal trauma on anxiety, depression, substance use, and PTSD symptoms in young people: A meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/EIP.13265>
- Petrakis, I. L., Desai, N., Gueorguieva, R., Arias, A., O'Brien, E., Jane, J. S., ... Ralevski, E. (2016). Prazosin for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Alcohol Dependence: A Clinical Trial. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 40(1), 178–186. <https://doi.org/10.1111/ACER.12926>
- Petrakis, I., Ralevski, E., Arias, A. J., DeNegre, D., Newcomb, J., Gianoli, M., ... Yoon, G. (2020). Zonisamide as an Adjunctive Treatment to Cognitive Processing Therapy for

- Veterans With Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Alcohol Use Disorder: A Pilot Study. *The American Journal on Addictions*, 29(6), 515–524.  
<https://doi.org/10.1111/AJAD.13061>
- Portella, C., Mayo-Arpi, D., Valladares-Lujan, N., & Saavedra, J. (2021). Eventos de vida en la infancia y su relación con el trastorno de estrés postraumático en adultos en Lima Metropolitana. *Revista Neuropsiquiatría*, 84(4), 254–268.  
<https://doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4131>
- Powers, M. B., Gillihan, S. J., Rosenfield, D., Jerud, A. B., & Foa, E. B. (2012). Reliability and validity of the PDS and PSS-I among participants with PTSD and alcohol dependence. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 617–623.  
<https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2012.02.013>
- PRISMA. (2021). PRISMA *Transparent Reporting of Systematic Review and Meta-analyses*. Recuperado el 3 de marzo de 2022, de <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
- Ralevski, E., Southwick, S., Jackson, E., Jane, J. S., Russo, M., & Petrakis, I. (2016). Trauma- and Stress-Induced Response in Veterans with Alcohol Dependence and Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 40(8), 1752–1760. <https://doi.org/10.1111/ACER.13120>
- Reguera, B., Cobos, B., Navarro, R., Gesteira, C., Fausor, R., Morán, N., ... Sanz, J. (2021). Desarrollo de una versión breve de la PTSD Checklist (PCL) basada en la definición de trastorno de estrés postrumático de la CIE-11. *Ansiedad y Estrés*, 27, 57–66.  
<https://doi.org/10.5093/anyes2021a8>
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38.

<https://doi.org/10.1016/J.CPR.2015.02.007>

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 202–210.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010204.PUB2>

Rojas, L., Santamaría, H., & Castaño, G. (2022). Biomarcadores electrofisiológicos en patología dual. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Available.

<https://doi.org/10.1016/J.RCP.2022.01.005>

Ross, N. (1948). *War Stress and Neurotic illness*. By Abram Kardiner, MD with the Collaboration of Herbert Spiegel, MD Second Edition of *The Traumatic Neuroses of War*. (H. (col. . Spiegel, Ed.) (2<sup>da</sup> ed., Vol. 17). Paul B. Hoeber.

<https://doi.org/10.1080/21674086.1948.11925710>

Saavedra, L. M., Morgan-López, A. A., Hien, D. A., López-Castro, T., Ruglass, L. M., Back, S. E., ... Hamblen, J. (2021). Evaluating treatments for posttraumatic stress disorder, alcohol and other drug use disorders using meta-analysis of individual patient data: Design and methodology of a virtual clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*, 107.

<https://doi.org/10.1016/J.CCT.2021.106479>

Saba, S. K., Davis, J. P., Prindle, J. J., Castro, C. A., & Pedersen, E. R. (2021). Associations between symptoms of posttraumatic stress disorder, pain, and alcohol use disorder among OEF/OIF/OND veterans. *Addictive Behaviors*, 122.

<https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2021.107031>

Sáiz, P., Florez, G., Arrojo, M., Bernardo, M., Gonzalez- Pinto, A., José, G., ... San, L. (2021). Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con depresión y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones*, 20(10), 1–20. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1559>

Salas, J., Norman, S. B., Tuerk, P. W., den Berk-Clark, C. van, Cohen, B. E., Schneider, F.

D., ... Scherrer, J. F. (2021). PTSD Improvement and Substance Use Disorder Treatment Utilization in Veterans: Evidence from Medical Record Data. *Drug and alcohol dependence*, 218, 108365.

<https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2020.108365>

Salinas, A., & Coria, K. (2017). *Estrés postraumático tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso*. Manual Moderno.

[https://books.google.com/books/about/Estrés\\_postraumático.html?hl=es&id=3XFUDgAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/Estrés_postraumático.html?hl=es&id=3XFUDgAAQBAJ)

Sannibale, C., Teesson, M., Creamer, M., Sitharthan, T., Bryant, R. A., Sutherland, K., ...

Peek-O'Leary, M. (2013). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(8), 1397–1410. <https://doi.org/10.1111/ADD.12167>

Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984–4992.

<https://doi.org/10.1016/J.MED.2019.09.003>

Sarmiento, R. (2016). Trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en adolescentes y adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005-2008.

*Medicina*, 38(2), 134–156.

<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/113-4/1210>

Sateler, A., Pino, G., López, A., Silva, L., Solari, S., Duffau, B., & Ríos, J. (2019). Nombres populares y clasificación de las drogas de abuso ilícitas en Chile. *Revista médica de Chile*, 147(12), 1613–1620. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019001201613>

Schäfer, I., Chuey-Ferrer, L., Hofmann, A., Lieberman, P., Mainusch, G., & Lotzin, A.

(2017). Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid

- PTSD: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1255–1259. <https://doi.org/10.1186/S12888-017-1255-9>
- Scott, C., Lynch, K. G., Cenkner, D. P., Kehle-Forbes, S. M., Polusny, M. A., Gur, R. C., ... Oslin, D. W. (2021). Neurocognitive predictors of treatment outcomes in psychotherapy for comorbid PTSD and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(11), 937–946. <https://doi.org/10.1037/CCP0000693>
- Scott, M., Noh, S., Brands, B., Hamilton, H., Gastaldo, D., Wright, M. da G. M., ... Khenti, A. (2015). Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de Universidad en Manabi, Ecuador. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(Esp), 154–160. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001180014>
- Shin, L., Rauch, S., & Pitman, R. (2006). Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 67–79. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.007>
- Simpson, T. L., Goldberg, S. B., Loudon, D. K. N., Blakey, S. M., Hawn, S. E., Lott, A., ... Kaysen, D. (2021). Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 84. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2021.102490>
- Smiley, C. E., McGonigal, J. T., Nimchuk, K. E., & Gass, J. T. (2021). Optogenetic manipulation of the prelimbic cortex during fear memory reconsolidation alters fear extinction in a preclinical model of comorbid PTSD/AUD. *Psychopharmacology*, 238(11), 3193–3206. <https://doi.org/10.1007/S00213-021-05935-3>
- Sofuoglu, M., Rosenheck, R., & Petrakis, I. (2014). Pharmacological Treatment of Comorbid PTSD and Substance Use Disorder: Recent Progress. *Addictive behaviors*, 39(2), 428–433. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2013.08.014>
- Stauffer, C. S., Meinzer, N. K., Morrison, T., Wen, J. H., Radanovich, L., Leung, D., ...

- Woolley, J. D. (2019). Effects of Oxytocin Administration on Cue-Induced Craving in Co-occurring Alcohol Use Disorder and PTSD: A Within-Participant Randomized Clinical Trial. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(12), 2627–2636. <https://doi.org/10.1111/ACER.14217>
- Stauffer, C. S., Morrison, T. E., Meinzer, N. K., Leung, D., Buffington, J., Sheh, E. G., ... Woolley, J. D. (2022). Effects of oxytocin administration on fear-potentiated acoustic startle in co-occurring PTSD and alcohol use disorder: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 308. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2021.114340>
- Stout, D. M., Harlé, K. M., Norman, S. B., Simmons, A. N., & Spadoni, A. D. (2021). Resting-state connectivity subtype of comorbid PTSD and alcohol use disorder moderates improvement from integrated prolonged exposure therapy in Veterans. *Psychological Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001513>
- Szafranski, D. D., Gros, D. F., Acierno, R., Brady, K. T., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2019). Heterogeneity of treatment dropout: PTSD, depression, and alcohol use disorder reductions in PTSD and AUD/SUD treatment noncompleters. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 218–226. <https://doi.org/10.1002/PPP.2344>
- Szafranski, D. D., Snead, A., Allan, N. P., Gros, D. F., Killeen, T., Flanagan, J., ... Back, S. E. (2017). Integrated, exposure-based treatment for PTSD and comorbid substance use disorders: Predictors of treatment dropout. *Addictive Behaviors*, 73, 30–35. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2017.04.005>
- Torchalla, I., Strehlau, V., Li, K., Linden, I. A., Noel, F., & Krausz, M. (2014). Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder Comorbidity in Homeless Adults: Prevalence, Correlates, and Sex Differences. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(2), 443–452. <https://doi.org/10.1037/A0033674>

- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315–319. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122048001>
- Torres de Galvis, Y., Posada, J., Bareño, J., & Berbesí, D. (2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 14S–35S. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60265-1](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60265-1)
- Tripp, J. C., Angkaw, A., Schnurr, P. P., Trim, R. S., Haller, M., Davis, B. C., & Norman, S. B. (2020). Residual Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder Following Integrated Exposure Treatment Versus Coping Skills Treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 33(4), 477–487. <https://doi.org/10.1002/JTS.22552>
- Tripp, J. C., Worley, M. J., Straus, E., Angkaw, A. C., Trim, R. S., & Norman, S. B. (2020). Bidirectional Relationship of PTSD Symptom Severity and Alcohol Use over the Course of Integrated Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 34(4), 506. <https://doi.org/10.1037/ADB0000564>
- van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2013). Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13(172), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-172>
- Van Der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=edFdEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=Van+der+Kolk,+B.+\(2015\).+El+cuerpo+lleva+la+cuenta.+Cerebro,+mente+y+cuerpo+en+la+superación+del+trauma.+Barcelona:+Eleftheria&ots=tOGN03VTEU&sig=m-bL24GmY0fg30OFILmpeGPH8bY#v=onepa](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=edFdEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=Van+der+Kolk,+B.+(2015).+El+cuerpo+lleva+la+cuenta.+Cerebro,+mente+y+cuerpo+en+la+superación+del+trauma.+Barcelona:+Eleftheria&ots=tOGN03VTEU&sig=m-bL24GmY0fg30OFILmpeGPH8bY#v=onepa)
- Van Der Kolk, Bessel. (2006). Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD.



*Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277–293.

<https://doi.org/10.1196/ANNALS.1364.022>

Vermetten, E., & Lanius, R. (2012). Biological and clinical framework for posttraumatic stress disorder. *Handbook of Clinical Neurology*, 106, 291–342.

<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52002-9.00018-8>

Vujanovic, A. A., McGrew, S. J., Walton, J. L., & Raines, A. M. (2022). Posttraumatic stress and substance use among military veterans: Associations with distress intolerance and anxiety sensitivity. *Addictive Behaviors*, 126, 107177.

<https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2021.107177>

Widmann, M., Apondi, B., Musau, A., Warsame, A. H., Isse, M., Mutiso, V., ... Odenwald, M. (2017). Comorbid psychopathology and everyday functioning in a brief intervention study to reduce khat use among Somalis living in Kenya: description of baseline multimorbidity, its effects of intervention and its moderation effects on substance use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1425–1434.

<https://doi.org/10.1007/S00127-017-1368-Y>

Wiers, R. W., Bartholow, B. D., van den Wildenberg, E., Thush, C., Engels, R. C. M. E., Sher, K. J., ... Stacy, A. W. (2007). Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: A review and a model.

*Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86(2), 263–283.

<https://doi.org/10.1016/J.PBB.2006.09.021>

Winningham, R. D., Banks, D. E., Buetlich, M. R., Aalsma, M. C., & Zapolski, T. C. B. (2019). Substance Use Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptomology on Behavioral Outcomes among Juvenile Justice Youth. *The American Journal on Addictions*, 28(1), 29. <https://doi.org/10.1111/AJAD.12831>

Zambrano-Vazquez, L., Levy, H. C., Belleau, E. L., Dworkin, E. R., Sharp, K. M. H.,

- Pittenger, S. L., ... Coffey, S. F. (2017). Using the research domain criteria framework to track domains of change in comorbid PTSD and SUD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(6), 679–687.  
<https://doi.org/10.1037/TRA0000257>
- Zang, Y., Yu, J., Chazin, D., Asnaani, A., Zandberg, L. J., & Foa, E. B. (2017). Changes in coping behavior in a randomized controlled trial of concurrent treatment for PTSD and alcohol dependence. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 9–15.  
<https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2016.11.013>
- Zapardiel, A. (2015). *Estrés postraumático, depresión y ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas* (tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid.  
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/35880/1/T36875.pdf>
- Zatzick, D., Jurkovich, G., Heagerty, P., Russo, J., Darnell, D., Parker, L., ... Maier, R. (2021). Stepped Collaborative Care Targeting Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Comorbidity for US Trauma Care Systems: A Randomized Clinical Trial. *JAMA surgery*, 156(5), 462–470. <https://doi.org/10.1001/JAMASURG.2021.0131>
- Zegel, M., Lebeaut, A., Healy, N., Tran, J. K., & Vujanovic, A. A. (2022). Mental Health Correlates of Probable Posttraumatic Stress Disorder, Probable Alcohol Use Disorder, and Their Co-Occurrence among Firefighters. *Behavior modification*, 46(2), 395–421.  
<https://doi.org/10.1177/01454455211033517>

## Anexos

### Anexo 1. Tabla de resumen de los artículos analizados

Nro.	Autor y año	Título	Ciudad-País	Tipo estudio	Objetivo	Resultados	Síntomas TEPT	Síntomas TCS	Comorbilidad entre TEPT y TCS	Impacto TCS en sintomatología del TEPT
1	(Berenz & Coffey, 2012)	Treatment of Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders	Virginia-Estados Unidos	Revisión bibliográfica sobre tratamiento del TEPT y TCS concurrente	Revisar la literatura disponible sobre posibles vías etiológicas y enfoques de tratamiento para el PTSD-SUD comórbido, así como proporcionar un resumen de las limitaciones y las direcciones futuras asociadas en esta área de estudio.	Hasta la fecha, los estudios de tratamiento se han centrado principalmente en tratamientos psicosociales no basados en la exposición, tratamientos psicosociales basados en la exposición y ensayos de medicamentos			Aproximadamente la mitad de las personas que buscan tratamiento para TCS cumplen los criterios actuales para TEPT. Además, el pronóstico para las personas en tratamiento con TCS que tienen TEPT concurrente es peor en comparación con las personas sin TEPT (Brady, Back y Coffey; Coffey, Saladin, Drobos, Brady, Dansky, Kilpatrick citados en Berenz y Coffey, 2012).	
2	(Powers, et al., 2012)	Reliability and validity of the PDS and PSS-I among participants with PTSD and alcohol dependence	Pensilvania-EEUU	Estudio de tratamiento controlado aleatorio	Investigar la prevalencia del trastorno por consumo de alcohol (p. ej., dependencia del alcohol; EA) entre las personas con trastorno de estrés postraumático (TEPT)	Los resultados revelaron una excelente consistencia interna tanto del PSS-I como del PDS, buena confiabilidad test-retest durante un período de 1 mes y buena validez convergente con el SCID. En resumen, los resultados mostraron que el PSS-I y el PDS funcionaron bien en esta población y se pueden usar con confianza para evaluar el diagnóstico de			Los resultados revelaron una excelente consistencia interna tanto del PSS-I como del PDS, buena confiabilidad test-retest durante un período de 1 mes y buena validez convergente con el SCID.	

3	(Brief et al., 2013)	Web intervention for OEF/OIF veterans with problem drinking and PTSD symptoms: a randomized clinical trial	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Evaluar la eficacia de una intervención web de autogestión de 8 módulos recientemente desarrollada (VetChange) basada en principios motivacionales y cognitivo-conductuales para reducir el consumo de alcohol, los problemas relacionados con el alcohol y los síntomas de PTSD al regresar veteranos de combate.	TEPT y la gravedad de los síntomas. Los participantes de IIG demostraron mayores reducciones en el consumo de alcohol ( $p < 0,001$ para cada medida) y los síntomas de TEPT ( $p = 0,009$ ) entre el inicio y el final de la intervención que los participantes de DIG (Delayed Intervention Group/Grupo de Intervención Retrasada) entre el inicio y el final del período de espera. Los participantes de DIG mostraron mejoras similares a las de IIG luego de participar en VetChange. Los problemas con el alcohol también se redujeron dentro de cada grupo entre el inicio y el seguimiento a los 3 meses.	NE	NE	Ambos trastornos presentaron cambios simultáneos con el tratamiento	Los participantes de IIG demostraron mayores reducciones en el consumo de alcohol ( $p < 0,001$ para cada medida) y los síntomas de TEPT ( $p = 0,009$ ) entre el inicio y el final de la intervención que los participantes de DIG (Delayed Intervention Group/Grupo de Intervención Retrasada) entre el inicio y el final del período de espera. Los participantes de DIG mostraron mejoras similares a las de IIG luego de participar en VetChange. Los problemas con el alcohol también se redujeron dentro de cada grupo entre el inicio y el seguimiento a los 3 meses.
4	(Sannibale et al., 2013)	Randomized controlled trial of cognitive behaviour	Sydney, Australia	Ensayo Controlado	Este estudio tuvo como objetivo probar la eficacia de la terapia cognitiva conductual	Las reducciones en la gravedad del PTSD fueron evidentes en ambos grupos. Los			Las reducciones en la gravedad del PTSD fueron evidentes en ambos grupos. Los	Las personas con presentaciones graves y

therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders

integrada (TCC) para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) coexistente y los trastornos por consumo de alcohol (AUD).

participantes con TI que habían recibido una o más sesiones de terapia de exposición exhibieron una tasa dos veces mayor de cambio clínicamente significativo en la gravedad del CAPS durante el seguimiento que los participantes con AS [IT60 %, AS 39 %, razón de probabilidad (OR): 2,31, 95 % de confianza intervalo (IC): 1,06, 5,01].

participantes con TI que habían recibido una o más sesiones de terapia de exposición exhibieron una tasa dos veces mayor de cambio clínicamente significativo en la gravedad del CAPS durante el seguimiento que los participantes con AS [IT60 %, AS 39 %, razón de probabilidad (OR): 2,31, 95 % de confianza intervalo (IC): 1,06, 5,01].

complejas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) coexistente y trastornos por consumo de alcohol (AUD) pueden obtener un beneficio sustancial de la terapia cognitiva conductual dirigida a AUD, con mayores beneficios asociados con la exposición para el PTSD

5 (van Dam et al., 2013)

Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: a randomized controlled trial

EEUU.

Ensayo controlado aleatorizado (ECA) investigó la eficacia de un tratamiento combinado para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido y el trastorno grave por consumo de sustancias (TUS).

una intervención centrada en el trauma basada en la evidencia, se agregó al tratamiento habitual (TAU), que consiste en un tratamiento cognitivo conductual intensivo para pacientes internados o en un grupo diurno para SUD.

Los resultados mostraron una reducción general de los síntomas de SUD tanto para TAU + SWT como para TAU. La superioridad del tratamiento de TAU + SWT no fue confirmada por los efectos de interacción (tiempo x condición) para los síntomas de SUD o PTSD, ni por una diferencia de grupo para el estado de diagnóstico de SUD después del tratamiento. Sin embargo, los contrastes planificados revelaron que las mejoras en la gravedad del TEPT a lo largo del tiempo solo fueron significativas dentro del grupo TAU + SWT. Además, dentro

Los resultados mostraron una reducción general de los síntomas de SUD tanto para TAU + SWT como para TAU. La superioridad del tratamiento de TAU + SWT no fue confirmada por los efectos de interacción (tiempo x condición) para los síntomas de SUD o PTSD, ni por una diferencia de grupo para el estado de diagnóstico de SUD después del tratamiento. Sin embargo, los contrastes planificados revelaron que las mejoras en la gravedad del TEPT a lo largo del tiempo solo fueron significativas dentro del grupo TAU + SWT. Además, dentro

6	(Fuehrlein et al., 2014)	Characteristics and drinking patterns of veterans with alcohol dependence with and without post-traumatic stress disorder.	EEUU.	Cuantitativo-comparativo	Se exploraron las diferencias en las características previas al tratamiento de los veteranos con dependencia del alcohol (AD) solo en comparación con aquellos con AD y PTSD concurrentes. Se reclutaron veteranos para participar en dos estudios de tratamiento diferentes y se compararon las características iniciales.	del grupo TAU + SWT, la remisión de los diagnósticos de TEPT después del tratamiento fue significativa, lo que no fue el caso de TAU. Se reclutaron veteranos para participar en dos estudios de tratamiento diferentes y se compararon las características iniciales. Aquellos con enfermedades concurrentes demostraron una patología previa al tratamiento significativamente mayor en todos los dominios psicopatológicos. Mientras que aquellos con EA sola promediaron más días de bebida y tuvieron más días de consumo excesivo de alcohol, aquellos con enfermedades concurrentes informaron más síntomas relacionados con la bebida.	del grupo TAU + SWT, la remisión de los diagnósticos de TEPT después del tratamiento fue significativa, lo que no fue el caso de TAU. Se reclutaron veteranos para participar en dos estudios de tratamiento diferentes y se compararon las características iniciales. Aquellos con enfermedades concurrentes demostraron una patología previa al tratamiento significativamente mayor en todos los dominios psicopatológicos. Mientras que aquellos con EA sola promediaron más días de bebida y tuvieron más días de consumo excesivo de alcohol, aquellos con enfermedades concurrentes informaron más síntomas relacionados con la bebida.
7	(Cohen et al., 2013)	Intimate partner violence outcomes in women with PTSD and substance use: a secondary analysis of NIDA Clinical Trials Network "Women and Trauma"	EEUU.	Se usaron regresiones logísticas para examinar cómo el tratamiento condiciona, Los factores de riesgo identificados y sus interacciones estaban relacionados con la VPI.	El estudio actual es un análisis secundario de un estudio más grande de la Red de Ensayos Clínicos del NIDA que explora la efectividad de dos intervenciones conductuales para mujeres con PTSD-SUD comórbido. Las participantes (n=288) fueron asignadas al azar a Seeking Safety (SS),	Los estudios han demostrado fuertes asociaciones entre la violencia de pareja íntima (IPV) y el trastorno de estrés postraumático (PTSD) y los trastornos por uso de sustancias (SUD). A pesar de estos vínculos, la investigación sobre el diagnóstico dual de	Los estudios han demostrado fuertes asociaciones entre la violencia de pareja íntima (IPV) y el trastorno de estrés postraumático (PTSD) y los trastornos por uso de sustancias (SUD). A pesar de estos vínculos, la investigación sobre el diagnóstico dual de

		Multi-site Study			un tratamiento cognitivo-conductual que se enfoca en los síntomas de trauma y abuso de sustancias, o a Educación para la Salud de la Mujer, un grupo psicoeducativo. Proporcionar una descripción general de los avances recientes en el tratamiento farmacológico del TEPT y TCS comórbidos	PTSD-SUD y su relación con IPV se encuentra en una etapa inicial, y se sabe poco sobre cómo el tratamiento de PTSD-SUD podría influir en los resultados de IPV. Fuerte vínculo entre el TEPT y el TCS, lo que requiere el desarrollo de agentes de tratamiento y estrategias que puedan abordar ambas condiciones. Aunque existen farmacoterapias eficaces para el tratamiento del TEPT y TCS solo, actualmente no existen medicamentos probados para el tratamiento de ambas afecciones.			PTSD-SUD y su relación con IPV se encuentra en una etapa inicial, y se sabe poco sobre cómo el tratamiento de PTSD-SUD podría influir en los resultados de IPV. Investigaciones anteriores han identificado una fuerte asociación entre TEPT y TCS	Se respalda el papel de la exposición al trauma o al estrés en el inicio y mantenimiento del TCS (Keyes, Hatzenbuehler y Hasin; Logrip, Zorrilla y Koob citados en
8	(Sofuoglu et al., 2014)	Pharmacologic Treatment of Comorbid PTSD and Substance Use Disorder: Recent Progress	New Haven- Estados Unidos	Cuantitativo-experimental (tratamiento farmacológico)						
9	(Foa et al., 2013)	Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: a randomized clinical trial	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Comparar la eficacia de un tratamiento basado en evidencia para la dependencia del alcohol (naltrexona) más un tratamiento basado en evidencia para el TEPT (terapia de exposición prolongada), su combinación y asesoramiento de apoyo.	Los que recibieron naltrexona tuvieron porcentajes más bajos de días bebiendo que los que recibieron placebo (diferencia de medias, 7,93 %; P = 0,008). También hubo una reducción en los síntomas de TEPT en los 4 grupos, pero el efecto principal de la terapia de exposición prolongada no fue estadísticamente significativo.	NE	NE	En este estudio de pacientes con dependencia del alcohol y TEPT, el tratamiento con naltrexona dio como resultado una disminución en el porcentaje de días de bebida.	La terapia de exposición prolongada no se asoció con una exacerbación del trastorno por consumo de alcohol.
10	(Anderson et al., 2014)	Posttraumatic stress disorder and substance use disorder comorbidity among individuals	Estados Unidos de América	Cuantitativo-comparativo	Determinar la prevalencia de PTSD y SUD, la presentación de los síntomas de estos trastornos y los comportamientos de búsqueda de ayuda en	Los resultados indicaron que las personas con discapacidades físicas exhibieron tasas más altas de PTSD, SUD y PTSD/SUD	Las personas con discapacidades físicas mostraron síntomas de TEPT más recientes/graves y más eventos	No se observó un patrón significativo de diferencias para la presentación de síntomas de SUD	Tenían 2,6 veces más probabilidades de cumplir con los criterios de PTSD de por vida, 1,5 veces más de probabilidades de SUD de por vida y	NE

		with physical disabilities: findings from the National Comorbidity Survey Replication			relación con el PTSD y SUD entre personas con discapacidades físicas (n ponderado = 491; sin discapacidad ponderado n = 4392).	comórbido que las personas sin discapacidades.	traumáticos a lo largo de la vida que las personas sin discapacidades con un promedio de 5 eventos traumáticos diferentes en comparación con 3 en el grupo sin discapacidades.	(Substance Use Disorder)	3,6 veces más de probabilidades de PTSD/SUD de por vida en comparación con sus pares sin discapacidades	
11	(McLean et al., 2014)	Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: does order of onset make a difference?	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Comparar a 73 participantes que buscaban tratamiento que desarrollaron PTSD antes de desarrollar EA ("PTSD-primero") con 64 participantes que desarrollaron EA antes de desarrollar PTSD ("AD-primero") en demografía, presentación clínica y respuesta al tratamiento para PTSD y ANUNCIO.	Los participantes con AD-primero tenían más probabilidades de reportar bajos ingresos, cumplir con los criterios de trastorno de personalidad límite o antisocial, reportar un índice de trauma de agresión física, en comparación con aquellos con PTSD-primero	NE	NE	El trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la dependencia del alcohol (EA) son frecuentemente comórbidos y el orden en que se desarrollan puede afectar la presentación clínica y la respuesta al tratamiento.	NE
12	(Batki et al., 2014)	Topiramate treatment of alcohol use disorder in veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial	Estados Unidos de América	Ensayo controlado aleatorizado.	Obtener una evaluación preliminar de la eficacia y seguridad del topiramato para reducir el consumo de alcohol y los síntomas de TEPT en veteranos con ambos trastornos.	Los análisis entre grupos mostraron que el tratamiento con topiramato se asoció con reducciones significativas en la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol y las ansias de alcohol desde el inicio hasta la semana 12. Los análisis entre grupos mostraron que el topiramato redujo la frecuencia del consumo de alcohol y las ansias de alcohol significativamente más que el placebo y tendió para reducir la cantidad de bebida.	NE	NE	El curso del trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) se complica con frecuencia y de manera grave por el trastorno por consumo de alcohol (AUD, por sus siglas en inglés) concurrente, sin embargo, hay pocos informes de tratamientos farmacológicos para estas condiciones comórbidas.	NE
13	(Torchalla et al., 2014)	Posttraumatic stress disorder	Vancouver. Canadá	Relacional	Investigar la comorbilidad SUD-	Los resultados contradicen las			Los resultados contradicen las	



		and substance use disorder comorbidity in homeless adults: Prevalence, correlates, and sex differences			PTSD y sus asociaciones con indicadores de funcionamiento psicosocial en una muestra de 500 personas sin hogar de Canadá. También se examinaron los patrones relacionados con el sexo de SUD, PTSD y su comorbilidad.	suposiciones de que las diferencias de sexo en las tasas de TEPT se atenúan en muestras con SUD severos. Las organizaciones que brindan tratamiento SUD para personas sin hogar deben abordar el PTSD como parte integral de sus servicios. SUD y los programas de tratamiento integrado pueden beneficiarse de los componentes específicos del sexo.			suposiciones de que las diferencias de sexo en las tasas de TEPT se atenúan en muestras con SUD severos. Las organizaciones que brindan tratamiento SUD para personas sin hogar deben abordar el PTSD como parte integral de sus servicios. SUD y los programas de tratamiento integrado pueden beneficiarse de los componentes específicos del sexo.	
14	(Roberts et al., 2015)	Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis	Estados Unidos de América	Revisión meta-análisis	Determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas individuales y grupales dirigidas a tratar el TEPT y el TUS comórbidos, según las pruebas de los ensayos controlados aleatorios.	La intervención cognitivo-conductual centrada en el trauma individual, administrada junto con la intervención SUD, fue más efectiva que el tratamiento habitual (TAU)/intervención mínima para la gravedad del TEPT posterior al tratamiento y en el seguimiento posterior.	NE	NE	El trastorno de estrés postraumático (PTSD) y el trastorno por uso de sustancias (SUD) comórbidos son comunes, difíciles de tratar y se asocian con un mal pronóstico.	No hubo pruebas de un efecto para el nivel de consumo de drogas/alcohol después del tratamiento, pero hubo un efecto a los cinco a siete meses.
15	(Malte et al., 2015)	Tobacco use trajectories among a large cohort of treated smokers with posttraumatic stress disorder	Estados Unidos	Ensayo controlado aleatorizado.	Este estudio identificó distintas trayectorias de consumo de tabaco a lo largo de 18 meses en 943 fumadores veteranos con trastorno de estrés postraumático (TEPT) para describir los patrones de abandono y recaída, examinar las asociaciones entre los grupos de trayectoria en las características iniciales y la utilización de servicios para dejar de fumar, y explorar las diferencias grupales en el estado mental.	Las trayectorias de consumo de tabaco entre los fumadores tratados con PTSD varían claramente. Las características de los subgrupos identificados pueden conducir a intervenciones dirigidas entre fumadores con TEPT y potencialmente otros trastornos psiquiátricos.			Las trayectorias de consumo de tabaco entre los fumadores tratados con PTSD varían claramente. Las características de los subgrupos identificados pueden conducir a intervenciones dirigidas entre fumadores con TEPT y potencialmente otros trastornos psiquiátricos.	

16	(McLean et al., 2015)	Mechanisms of symptom reduction in a combined treatment for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence	Pensilvania-Estados Unidos	Ensayo controlado aleatorizado.	Examinar los mecanismos de exposición prolongada (PE) y naltrexona (NAL) que subyacen a la reducción de los síntomas entre personas con trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido y dependencia del alcohol (EA).	La eficacia de combinar PE y NAL para reducir el consumo de alcohol entre aquellos con PTSD/AD comórbido parece ser a través de la reducción tanto de los síntomas de PTSD como del ansia.	La eficacia de combinar PE y NAL para reducir el consumo de alcohol entre aquellos con PTSD/AD comórbido parece ser a través de la reducción tanto de los síntomas de PTSD como del ansia.
17	(Jobe-Shields et al., 2015)	Family composition and symptom severity among Veterans with comorbid PTSD and substance use disorders	Estados Unidos	Cuantitativo	Investigar si tener hijos en el hogar explica la variación independiente en la sintomatología de PTSD y SUD entre los veteranos con PTSD/SUD	Los veteranos con niños en el hogar evidenciaron una sintomatología de PTSD significativamente más alta según lo medido por la escala de PTSD administrada clínicamente (CAPS; $M = 82.65$ vs. $M = 72.17$ ; $t = -2.18$ ; $p < .05$ ), y reportaron usar marihuana con más frecuencia que los veteranos sin niños en el hogar (34 % vs. 13 % de los últimos 60 días; $t = -2.35$ , $p < .05$ ).	Los veteranos con niños en el hogar evidenciaron una sintomatología de PTSD significativamente más alta según lo medido por la escala de PTSD administrada clínicamente (CAPS; $M = 82.65$ vs. $M = 72.17$ ; $t = -2.18$ ; $p < .05$ ), y reportaron usar marihuana con más frecuencia que los veteranos sin niños en el hogar (34 % vs. 13 % de los últimos 60 días; $t = -2.35$ , $p < .05$ ).
18	(Myers et al., 2015)	Treatment Engagement: Female Survivors of Intimate Partner Violence in Treatment for PTSD and Alcohol Use Disorder	EEUU.	Experimental	Una mejor comprensión de quién participa y quién no en el tratamiento puede ayudar a mejorar la retención, la finalización y los resultados posteriores del tratamiento.	No hubo diferencias significativas en los síntomas del TEPT o del trastorno por consumo de alcohol entre las condiciones de tratamiento. Las mujeres que participaron en terapia frente a las que no lo hicieron eran significativamente mayores ( $M = 46.2$ , $SD = 9.14$ vs. $M = 38.95$ , $SD = 10.49$ , respectivamente; $p = 0.027$ ) y tenían menos	No hubo diferencias significativas en los síntomas del TEPT o del trastorno por consumo de alcohol entre las condiciones de tratamiento. Las mujeres que participaron en terapia frente a las que no lo hicieron eran significativamente mayores ( $M = 46.2$ , $SD = 9.14$ vs. $M = 38.95$ , $SD = 10.49$ , respectivamente; $p = 0.027$ ) y tenían menos

19	(Meshberg-Cohen et al., 2016)	Posttraumatic Stress Disorder, Health Problems, and Depression Among African American Women in Residential Substance Use Treatment	Virginia-Estados Unidos	Cuantitativo-Ensayo clínico aleatorizado	Examinar las tasas de trauma y TEPT en una muestra de mujeres afroamericanas que buscaban tratamiento residencial para TEPT	<p>dependientes (M = 0,17, SD =.38, rango = 0-1 vs M =.95, SD = 1.66, rango = 1-7, respectivamente, p =.046). Mayor evitación/adormecimiento de síntomas de TEPT (OR = 1,13, p = 0,028, IC del 95 % [1,02-1,25]) y más años de consumo excesivo de alcohol (OR = 1,04, p = 0,03, IC del 95 % [1,00-1,07]) también se asociaron significativamente con el compromiso con el tratamiento.</p> <p>La mayoría de las mujeres que ingresaron para tratamiento por TCS informaron al menos un trauma en la vida, y más de la mitad cumplían los criterios del DSM-IV para el TEPT.</p>	<p>dependientes (M = 0,17, SD =.38, rango = 0-1 vs M =.95, SD = 1.66, rango = 1-7, respectivamente, p =.046). Mayor evitación/adormecimiento de síntomas de TEPT (OR = 1,13, p = 0,028, IC del 95 % [1,02-1,25]) y más años de consumo excesivo de alcohol (OR = 1,04, p = 0,03, IC del 95 % [1,00-1,07]) también se asociaron significativamente con el compromiso con el tratamiento.</p> <p>La mayoría de los participantes (94,2%) informaron al menos un trauma de por vida al inicio del estudio. Más de la mitad (51,0%) de los participantes cumplieron con los criterios del DSM-IV para el TEPT actual (último mes). Además, los participantes con TCS con PTSD comórbido informaron significativamente más tipos de trauma.</p>	<p>El número de diferentes tipos de eventos traumáticos fue significativamente mayor para las mujeres con TCS y diagnóstico comórbido de TEPT que aquellas sin TEPT. El TEPT comórbido y la sintomatología relacionada con el trauma se asociaron con problemas de salud psiquiátricos y físicos más graves entre las mujeres afroamericanas en tratamiento residencial de TCS</p>
----	-------------------------------	--	-------------------------	--	---	--	--	--

20	(I. L. Petrakis et al., 2016)	Prazosin for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Alcohol Dependence: A Clinical Trial	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Dadas las altas tasas de EA comórbida en sobrevivientes de trauma con PTSD, y el enorme impacto que estos trastornos comórbidos tienen en la función psicosocial y el bienestar, encontrar tratamientos efectivos para esta población es de gran importancia clínica.	Los síntomas del PTSD mejoraron con el tiempo, pero contrariamente a la hipótesis, no hubo ningún efecto de la medicación sobre los síntomas del PTSD ni sobre el sueño. El consumo de alcohol también disminuyó con el tiempo, pero no hubo diferencias significativas en los resultados entre los grupos de medicación.	NE	NE	Dadas las altas tasas de DA (Dependencia Alcohólica) comórbida en sobrevivientes de trauma con PTSD, y el enorme impacto que estos trastornos comórbidos tienen en la función psicosocial y el bienestar, encontrar tratamientos efectivos para esta población es de gran importancia clínica. Dadas las altas tasas de DA comórbida en sobrevivientes de trauma con PTSD, y el enorme impacto que estos trastornos comórbidos tienen en la función psicosocial y el bienestar, encontrar tratamientos efectivos para esta población es de gran importancia clínica. Los resultados sugieren que MORE, como terapia integradora diseñada para reforzar la capacidad de autorregulación, puede resultar prometedora como tratamiento para condiciones clínicas cruzadas.	This does not support the use of prazosin in an actively drinking population and suggests that the presence of a comorbid condition affects the efficacy of this medication
21	(Garland et al., 2016)	Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial	Utha-EEUU-2016	Ensayo controlado aleatorizado pragmático.	Mejora de la recuperación orientada a la atención plena versus TCC para la dependencia de sustancias, el estrés traumático y los trastornos psiquiátricos concurrentes	Los resultados sugieren que MORE, como terapia integradora diseñada para reforzar la capacidad de autorregulación, puede resultar prometedora como tratamiento para condiciones clínicas cruzadas.			Los resultados sugieren que MORE, como terapia integradora diseñada para reforzar la capacidad de autorregulación, puede resultar prometedora como tratamiento para condiciones clínicas cruzadas.	
22	(Kaczurkin et al., 2016)	The impact of treatment condition and the lagged effects of	California-EEUU	Ensayo controlado aleatorizado pragmático	Dadas las altas tasas de comorbilidad entre el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y el trastorno por uso de	Las ansias de alcohol fueron moderadas por la gravedad del PTSD, y aquellos con síntomas de PTSD			Las ansias de alcohol fueron moderadas por la gravedad del PTSD, y aquellos con síntomas de PTSD	

		PTSD symptom severity and alcohol use on changes in alcohol craving			sustancias (TUS)	más altos mostraron disminuciones más rápidas en las ansias de alcohol. Tanto el PTSD como el consumo de alcohol tuvieron un efecto retardado en el ansia de alcohol, y los cambios en los síntomas del PTSD y el porcentaje de días de consumo se asociaron con cambios posteriores en el ansia. Estos resultados respaldan la relación entre mayores síntomas de PTSD que conducen a un mayor ansia de alcohol y sugieren que la reducción de los síntomas de PTSD puede ser beneficiosa para reducir las ansias en aquellos con PTSD/SUD concurrentes.			más altos mostraron disminuciones más rápidas en las ansias de alcohol. Tanto el PTSD como el consumo de alcohol tuvieron un efecto retardado en el ansia de alcohol, y los cambios en los síntomas del PTSD y el porcentaje de días de consumo se asociaron con cambios posteriores en el ansia. Estos resultados respaldan la relación entre mayores síntomas de PTSD que conducen a un mayor ansia de alcohol y sugieren que la reducción de los síntomas de PTSD puede ser beneficiosa para reducir las ansias en aquellos con PTSD/SUD concurrentes.
23	(Roberts et al., 2016)	Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder	Cardiff-Reino Unido	Revisión meta-análisis	Determinar la eficacia de las terapias psicológicas dirigidas a tratar los síntomas de estrés traumático, los síntomas de abuso de sustancias o ambos en pacientes con TEPT y TCS comórbidos en comparación con las condiciones de control y otras terapias psicológicas.	La calidad de la evidencia encontrada fue en su mayoría baja a muy baja. La terapia psicológica individual centrada en el trauma administrada junto con la terapia TCS funcionó mejor que la intervención mínima para reducir la gravedad del TEPT después del tratamiento y en el seguimiento a largo plazo, pero solo redujo el TCS en el seguimiento a largo plazo.	Volver a experimentar fenómenos como pesadillas y pensamientos angustiosos recurrentes del evento, evitación y adormecimiento de la capacidad de respuesta general, como tratar de no hablar o recordar el evento traumático, experimentar desapego y distanciamiento de otras personas y síntomas de	Preocupación por obtener alcohol u otras drogas y una reducción del repertorio conductual hacia el consumo excesivo y la pérdida de control sobre el consumo. Suele acompañarse también del desarrollo de tolerancia a las sustancias que se consumen y de abstinencia y	Citan varios estudios que señalan la comorbilidad entre ambos trastornos

						hiperexcitación. incluidos los trastornos del sueño, el aumento de la irritabilidad y la hipervigilancia (APA 2013 citado en Roberts et al., 2016).	deterioro en el funcionamiento social y laboral (APA 2013 citado en Roberts at al., 2016)		
24	(Schäfer et al., 2017)	Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid PTSD: study protocol for a randomized controlled trial	Hamburgo-Alemania	Cuantitativo-ensayo controlado aleatorizado	Examinar la efectividad de la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares para reducir los síntomas de TEPT en pacientes con TCS y TEPT.	El estudio al momento de la publicación se encontró en la fase de reclutamiento de participantes		Hasta el 45% de los pacientes con SUD experimentan TEPT comórbido (Dore, Mills, Murray, Teesson y Farrugia; Driessen, Schulte, Luedecke, Schaefer, Sutmann, Ohlmeie y otros; Mills, Teesson, Ross y Peters citados en Schäfer et al., 2017)	Dado que los pacientes pueden usar sustancias para regular los síntomas relacionados con el TEPT (Coffey, Stasiewicz, Hughes y Brimo; Jacobsen, Southwick y Kosten citado en Schäfer et al., 2017) se podría esperar que el tratamiento centrado en el trauma también reduzca los síntomas del TCS.
25	(Belleau et al., 2017)	Pre-treatment Predictors of Dropout from Prolonged Exposure Therapy in Patients with Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Substance Use Disorders	No se indica	Cuantitativo-Ensayo clínico aleatorizado	Examinar los predictores de abandono de la exposición prolongada antes del tratamiento en una muestra de personas que recibieron tratamiento residencial concurrente de TCS y TEPT en un ensayo de control aleatorio	Los resultados indicaron que menos educación y más sensibilidad a la ansiedad predijeron de manera única el abandono del tratamiento con exposición prolongada.		se menciona en el marco teórico y los participantes cumplen con esa condición	
26	(Badour et al., 2017)	Habituation of distress and		Relacional	El objetivo del presente estudio fue examinar si	Los datos se analizaron utilizando	La habituación al antojo entre	Juntos, estos hallazgos	Los datos se analizaron utilizando

		craving during treatment as predictors of change in PTSD symptoms and substance use severity		la habituación de la angustia y el ansia de sustancias dentro y entre sesiones durante la exposición imaginal se relaciona con los resultados del tratamiento entre los veteranos militares de EE. UU. con TEPT y un trastorno por uso de sustancias concurrente (N = 54).	una serie de modelos lineales generalizados y lineales multinivel de intersección aleatoria y pendiente. Los resultados revelaron que la habituación a la angustia y el deseo entre sesiones se asoció con una mayor mejoría en los síntomas del TEPT durante el tratamiento.	sesiones también se asoció con una reducción marginalmente mayor en la frecuencia del consumo de sustancias entre los participantes que todavía informaron sobre el consumo durante el tratamiento. La habituación a la angustia dentro de la sesión no se relacionó con el resultado del tratamiento.	indican que la habituación tanto a la angustia como al ansia puede ser importante para maximizar el resultado del tratamiento para pacientes con PTSD y trastornos comórbidos por uso de sustancias. (Registro de la base de datos PsycINFO)	una serie de modelos lineales generalizados y lineales multinivel de intersección aleatoria y pendiente. Los resultados revelaron que la habituación a la angustia y el deseo entre sesiones se asoció con una mayor mejoría en los síntomas del TEPT durante el tratamiento.
27	(Buchholz et al., 2017)	Associations between PTSD and intimate partner and non-partner aggression among substance using veterans in specialty mental health	Relacional	Este estudio investigó las asociaciones entre el TEPT probable, el consumo excesivo de alcohol, el uso de marihuana, el uso de cocaína y la perpetración de violencia de pareja y no pareja. No aplica directamente al interés de la investigación.	En análisis bivariados, el TEPT probable en veteranos que consumen sustancias se asoció con la perpetración de violencia	Los resultados proporcionan evidencia de que el TEPT probable, el consumo excesivo de alcohol y el consumo de cocaína están asociados con un mayor riesgo de perpetración de violencia por parte de personas ajenas a la pareja en veteranos que consumen sustancias.		En análisis bivariados, el TEPT probable en veteranos que consumen sustancias se asoció con la perpetración de violencia
28	(Szafranski et al., 2017)	Integrated, exposure-based treatment for PTSD and comorbid substance use disorders: Predictors of treatment dropout	Predictivo	Para abordar esta brecha en la literatura, este estudio tuvo como objetivo 1) examinar cuándo ocurrió el abandono del tratamiento en el curso del tratamiento y 2) identificar los predictores de abandono de un tratamiento	De los 51 participantes, 22 (43,1 %) abandonaron el tratamiento antes de completar el protocolo COPE completo de 12 sesiones. Los resultados indicaron que la mayoría de los abandonos (55%) ocurrieron después de			De los 51 participantes, 22 (43,1 %) abandonaron el tratamiento antes de completar el protocolo COPE completo de 12 sesiones. Los resultados indicaron que la mayoría de los abandonos (55%) ocurrieron después de

				simultáneo para el PTSD y el SUD. Los participantes fueron 51 veteranos masculinos y femeninos diagnosticados con PTSD y SUD actuales. Todos los participantes completaron al menos una sesión de un tratamiento cognitivo-conductual (COPE) diseñado para abordar simultáneamente los síntomas del PTSD y SUD.	la sesión 6, con la mayor cantidad de abandonos ocurriendo entre las sesiones 9 y 10. Los resultados también indicaron una relación marginalmente significativa entre la mayor gravedad de los síntomas de TEPT de referencia y los abandonos prematuros.	la sesión 6, con la mayor cantidad de abandonos ocurriendo entre las sesiones 9 y 10. Los resultados también indicaron una relación marginalmente significativa entre la mayor gravedad de los síntomas de TEPT de referencia y los abandonos prematuros.
29	(Widmann et al., 2017)	Comorbid psychopathology and everyday functioning in a brief intervention study to reduce khat use among Somalis living in Kenya: description of baseline multimorbidity, its effects of intervention and its moderation effects on substance use	Ensayo controlado aleatorizado.	En este artículo nuestro objetivo era evaluar la multimorbilidad inicial y sus interacciones con una Intervención Breve.	Los usuarios somalíes de khat en Kenia están muy afectados por la multimorbilidad de la depresión, el TEPT y los síntomas psicóticos del khat. Los efectos principales para el tiempo y las diferencias entre consumidores de khat sanos y enfermos mentales indican el potencial de un apoyo inespecífico y la necesidad específica de atención de la salud mental en combinación con el tratamiento por abuso de sustancias. El aumento del funcionamiento cotidiano promete más opciones de actividades alternativas, evitando el uso excesivo y la adicción.	Los usuarios somalíes de khat en Kenia están muy afectados por la multimorbilidad de la depresión, el TEPT y los síntomas psicóticos del khat. Los efectos principales para el tiempo y las diferencias entre consumidores de khat sanos y enfermos mentales indican el potencial de un apoyo inespecífico y la necesidad específica de atención de la salud mental en combinación con el tratamiento por abuso de sustancias. El aumento del funcionamiento cotidiano promete más opciones de actividades alternativas, evitando el uso excesivo y la adicción.
30	(Zambrano-Vazquez et al., 2017)	Using the research domain criteria framework to	Washington-EEUU	Experimental	El Proyecto de Criterios de Dominio de Investigación (RDoC), lanzado por los Institutos	Los resultados mostraron una disminución de la gravedad en los 3



		track domains of change in comorbid PTSD and SUD			Nacionales de Salud Mental, propone dominios de funcionamiento como una forma de conceptualizar la superposición entre condiciones comórbidas e informar la selección de tratamiento.	dominios de interés de RDoC durante el período de estudio. Las comparaciones por pares entre los dominios revelaron que los sistemas de excitación/regulación tenían la gravedad más baja en el postratamiento. Los análisis posteriores de regresión lineal jerárquica mostraron que las puntuaciones de los dominios posteriores al tratamiento se asociaron con la reactividad de las señales posteriores al tratamiento para las señales de trauma y alcohol.	dominios de interés de RDoC durante el período de estudio. Las comparaciones por pares entre los dominios revelaron que los sistemas de excitación/regulación tenían la gravedad más baja en el postratamiento. Los análisis posteriores de regresión lineal jerárquica mostraron que las puntuaciones de los dominios posteriores al tratamiento se asociaron con la reactividad de las señales posteriores al tratamiento para las señales de trauma y alcohol.
31	(Zang et al., 2017)	Changes in coping behavior in a randomized controlled trial of concurrent treatment for PTSD and alcohol dependence.	California-EEUU	Experimental	Examinar los cambios en el afrontamiento entre 165 adultos que cumplen con los criterios del DSM-IV para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido y la dependencia del alcohol (EA).	Los resultados actuales sugieren que el tratamiento concurrente para el PTSD-AD comórbido disminuye el afrontamiento evitativo y adaptativo, y los participantes que muestran mayores reducciones en los síntomas del PTSD también muestran mayores cambios en el estilo de afrontamiento. De acuerdo con los mecanismos de cambio teorizados en la EP, la adición de PE a la consejería de apoyo para la EA se asoció con una mayor reducción del afrontamiento por	Los resultados actuales sugieren que el tratamiento concurrente para el PTSD-AD comórbido disminuye el afrontamiento evitativo y adaptativo, y los participantes que muestran mayores reducciones en los síntomas del PTSD también muestran mayores cambios en el estilo de afrontamiento. De acuerdo con los mecanismos de cambio teorizados en la EP, la adición de PE a la consejería de apoyo para la EA se asoció con una mayor reducción del afrontamiento por

32	(Bountress et al., 2018)	Treatment of Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use: Does Order of Onset Influence Outcomes? HHS Public Access	Estados Unidos	Cuantitativo-ensayo controlado aleatorizado	Examinó las diferencias en la presentación clínica y los resultados del tratamiento según el orden de aparición del TEPT/TCS entre los veteranos que participaron en un tratamiento integrado y basado en la evidencia para el TEPT/TCS: tratamiento concurrente del TEPT y TCS mediante exposición prolongada.	evitación que la consejería de apoyo sola. Los participantes con TEPT primario eran significativamente más propensos que los participantes con TCS primario a reportar niveles más altos de síntomas de TEPT al final del tratamiento. Sin embargo, no hubo efecto del orden de aparición en los resultados de TCS.	evitación que la consejería de apoyo sola. Si indica comorbilidad en la teoría	Los veteranos con TEPT primario evidenciaron una menor reducción en la gravedad de los síntomas de TEPT en comparación con los veteranos con TCS primario.
33	(Peck et al., 2018)	Adults with Comorbid Posttraumatic Stress Disorder, Alcohol Use Disorder, and Opioid Use Disorder: The Effectiveness of Modified Prolonged Exposure	Estados Unidos	Cuantitativo-controlado	Examinar a personas diagnosticadas con trastornos por uso de opiodes y otros TCS con personas diagnosticadas con trastorno por uso de opiodes distintos de TCS para determinar cómo el uso de opiodes afectó la gravedad de los síntomas del TEPT.	Los participantes con trastorno por uso de opiodes se distinguieron por ser más jóvenes, reportar más antojos de alcohol, ser hospitalizados con más frecuencia por problemas relacionados con las drogas y el alcohol, y sufrir de sintomatología de TEPT más grave, síntomas depresivos y ansiedad. Se respalda la eficacia de la terapia de exposición prolognada modificada TEPT entre las personas que se involucran en el consumo problemático de alcohol y el uso indebido de opiodes concurrente, a pesar de los síntomas graves de referencia.	Se menciona en la teoría y en la condición de los participantes del estudio.	
34	(Hien et al., 2018)	Lagged effects of substance	Estados Unidos	Experimental	Para avanzar en la comprensión de la	Se utilizaron análisis cruzados para	Se utilizaron análisis cruzados para	

		use on PTSD severity in a randomized controlled trial with modified prolonged exposure and relapse prevention			eficacia de los tratamientos basados en la evidencia para el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y el trastorno por uso de sustancias (SUD) comórbidos, la investigación debe proporcionar una imagen más matizada de cómo el uso de sustancias afecta el cambio en los síntomas del TEPT en el transcurso de los tratamientos. y si las técnicas de exposición prolongada pueden ser eficaces durante el uso de sustancias activas.	determinar si el consumo de sustancias de la semana anterior afectó la gravedad de los síntomas de TEPT posteriores. Ambos tratamientos evidenciaron reducciones significativas en la gravedad de los síntomas del TEPT. En el contexto del uso continuo de sustancias, los resultados sugieren que las personas aún se benefician del tratamiento basado en la exposición.	determinar si el consumo de sustancias de la semana anterior afectó la gravedad de los síntomas de TEPT posteriores. Ambos tratamientos evidenciaron reducciones significativas en la gravedad de los síntomas del TEPT. En el contexto del uso continuo de sustancias, los resultados sugieren que las personas aún se benefician del tratamiento basado en la exposición.
35	(Back et al., 2018)	Doxazosin for the treatment of co-occurring PTSD and alcohol use disorder: Design and methodology of a randomized controlled trial in military veterans	EEUU.	Ensayo clínico	El estudio actual aborda esta brecha en la literatura al probar la eficacia y la seguridad de la doxazosina, un antagonista adrenérgico alfa-1 selectivo y de acción prolongada, en comparación con el placebo para reducir la gravedad del TEPT y AUD entre los veteranos militares de EE. UU.	Para probar la hipótesis 1 de que los participantes que reciben doxazosina, en comparación con el placebo, evidenciarán reducciones significativamente mayores en la gravedad del TEPT, se utilizarán métodos de máxima verosimilitud restringida (REML) para estimar los efectos fijos y los componentes de la varianza, y se estimarán los efectos del tratamiento basados en modelos. utilizado para construir pruebas de nivel de grupo a lo largo del tiempo. Para probar la hipótesis 2 de que los participantes que reciben doxazosina, en comparación con el	Para probar la hipótesis 1 de que los participantes que reciben doxazosina, en comparación con el placebo, evidenciarán reducciones significativamente mayores en la gravedad del TEPT, se utilizarán métodos de máxima verosimilitud restringida (REML) para estimar los efectos fijos y los componentes de la varianza, y se estimarán los efectos del tratamiento basados en modelos. utilizado para construir pruebas de nivel de grupo a lo largo del tiempo. Para probar la hipótesis 2 de que los participantes que reciben doxazosina, en comparación con el

36	(Kachadourian et al., 2018)	Suicidal ideation in military veterans with alcohol dependence and PTSD: The role of hostility	San Diego-California, EEUU- 2018	Estudio de tratamiento aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo	El suicidio es un problema de salud pública significativo entre los veteranos militares de los EE. UU. con tasas que superan las muestras civiles. La dependencia del alcohol (AD) y el trastorno de estrés postraumático (PTSD) están asociados con aumentos en las tendencias suicidas. Dado que el riesgo de suicidio es mayor entre quienes presentan ambos trastornos, es importante el estudio de los factores de riesgo relevantes entre quienes pertenecen a este grupo.	<p>placebo, evidenciarán reducciones significativamente mayores en la gravedad del AUD, se utilizará un análisis de regresión logística para examinar las tasas de abstinencia. La abstinencia de prevalencia puntual semanal se examinará usando modelos lineales generalizados bajo un marco de ecuaciones de estimación generalizadas (GEE).</p> <p>La investigación actual se centró en uno de esos factores, la hostilidad, y examinó tanto la hostilidad manifiesta (es decir, la hostilidad de naturaleza más conductual y dirigida hacia el exterior) como la hostilidad encubierta (es decir, la hostilidad de naturaleza cognitiva e introspectiva) y sus relaciones con el suicidio. Los hallazgos resaltan la importancia de la hostilidad encubierta en lo que respecta a la ideación suicida entre las personas con PTSD y AD comórbidos y proporciona información que puede ayudar a informar los enfoques de tratamiento para los veteranos militares de alto riesgo.</p>	<p>placebo, evidenciarán reducciones significativamente mayores en la gravedad del AUD, se utilizará un análisis de regresión logística para examinar las tasas de abstinencia. La abstinencia de prevalencia puntual semanal se examinará usando modelos lineales generalizados bajo un marco de ecuaciones de estimación generalizadas (GEE).</p> <p>La investigación actual se centró en uno de esos factores, la hostilidad, y examinó tanto la hostilidad manifiesta (es decir, la hostilidad de naturaleza más conductual y dirigida hacia el exterior) como la hostilidad encubierta (es decir, la hostilidad de naturaleza cognitiva e introspectiva) y sus relaciones con el suicidio. Los hallazgos resaltan la importancia de la hostilidad encubierta en lo que respecta a la ideación suicida entre las personas con PTSD y AD comórbidos y proporciona información que puede ayudar a informar los enfoques de tratamiento para los veteranos militares de alto riesgo.</p>
----	-----------------------------	--	----------------------------------	--	--	---	---

37	(López-Castro et al., 2019)	Does a history of violent offending impact treatment response for comorbid PTSD and substance use disorders? A secondary analysis of a randomized controlled trial aleatorizado	California-EEUU	Ensayo controlado aleatorizado pragmático	Examinar las tasas y el efecto sobre el tratamiento de los delitos violentos en personas con PTSD+SUD.	La mayoría de la muestra con PTSD y dependencia de sustancias informó antecedentes de arresto. la cuarta parte de la muestra informó antecedentes de delitos v.-El tratamiento integrado puede ser especialmente beneficioso para los perpetradores de violencia. iolentos con hombres más propensos que mujeres. El tratamiento integrado superó al tratamiento solo de sustancias en relación del TEPT	La mayoría de la muestra con PTSD y dependencia de sustancias informó antecedentes de arresto.	
38	Winningham et al., (Winningham et al., 2019)	Substance Use Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptomology on Behavioral Outcomes among Juvenile Justice Youth	Estados Unidos	Cuantitativo-Predictivo	Examinar el efecto de la sintomatología de TEPT y TCS en los resultados conductuales y criminales entre los jóvenes involucrados en la justicia.	La sintomatología TCS se asoció con mayores comportamientos de externalización en niveles altos de sintomatología de TEPT. En niveles bajos de sintomatología de TEPT, los síntomas de TCS se asociaron inversamente con comportamientos de externalización. Así, la asociación entre los síntomas de TCS y los comportamientos de externalización entre los delincuentes juveniles puede explicarse mejor por la presencia de sintomatología de TEPT.	Se menciona en la teoría y en la condición de los participantes del estudio.	La relación entre los síntomas de TCS y los comportamientos de externalización puede deberse más probablemente al riesgo planteados por los síntomas de TEPT. Aunque la mediación no se evaluó en el estudio actual, los síntomas de TEPT y TCS pueden interactuar de tal manera que los síntomas de TEPT aumentan el riesgo de uso de sustancias como respuesta de

afrontamiento, lo que a su vez aumenta el riesgo de síntomas de TCS y conductas de externalización

39	(López-Martínez et al., 2019)	Chronic pain, posttraumatic stress disorder, and opioid intake: A systematic review	Inespecífico	Revisión sistemática	Realizar una revisión sistemática sobre la asociación entre el TEPT, el dolor crónico no relacionado con el cáncer y la ingesta de opioides (prescripción, mal uso y abuso)	Todos los estudios informaron evidencia de una mayor prevalencia de TEPT en pacientes con dolor crónico por que estaban recibiendo opioides recetados y que el TEPT se asoció con trastorno por uso de opioides en los pacientes.	La literatura sugiere que existe un alto grado de coocurrencia entre el dolor crónico y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se ha encontrado una asociación entre el TEPT y el abuso de sustancias. El TEPT es un trastorno grave que debe tenerse en cuenta cuando se prescriben opioides. El resultado del estudio indicó que la prevalencia de TEPT fue mayor en pacientes con dolor crónico a quienes se les habían recetado opioides que en pacientes con dolor crónico sin recetas de opioides.
40	(Jeffirs et al., 2019)	Veterans with PTSD and comorbid substance use disorders: Does single versus poly-substance use disorder affect treatment outcomes?	Estados Unidos	Cuantitativo-regresión	Examinar las características de presentación y la respuesta al tratamiento integrado entre los veteranos con TEPT y TCS único o múltiple que participaron en un tratamiento integrado basado en la exposición.	las personas con policonsumo de sustancias evidenciaron mayores reducciones en el porcentaje de días de uso de sustancias que las personas con un solo TCS, y las personas con un solo TCS tuvieron mayores reducciones en los síntomas de TEPT que las personas con policonsumo durante el transcurso del tratamiento. Por tanto,	Se menciona en la teoría y los participantes del estudio presentaron ambas condiciones.

Las personas con poli-TCS informaron niveles similares de gravedad del TEPT que las personas con TCS único al inicio del estudio.

41	(Norman et al., 2019)	Efficacy of Integrated Exposure Therapy vs Integrated Coping Skills Therapy for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial	Estados Unidos	Cuantitativo-Ensayo clínico aleatorizado	Comparar la eficacia relativa de dos psicoterapias prometedoras para el TEPT y TCS	los veteranos con TEPT y polo-TCS de sustancias concurrente, en comparación con un TCS único, pueden experimentar una mejoría mayor en el consumo de sustancias pero una mejoría menor en los síntomas de TEPT durante el tratamiento integrado. Los síntomas de TEPT disminuyeron en ambas condiciones de tratamiento, con una disminución significativamente mayor para el tratamiento con terapia de exposición controlada integrada. El porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol mejoró en ambas condiciones de tratamiento, pero no fue estadísticamente diferente.	En el marco teórico se señala comorbilidad entre ambos trastornos. Los participantes del estudio tenían comorbilidad	El porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol mejoró en ambas condiciones de tratamiento, pero no fue estadísticamente diferente.
42	(Szafranski et al., 2019)	Heterogeneity of treatment dropout: PTSD, depression, and alcohol use disorder reductions in PTSD and AUD/SUD treatment noncompleters	No se indica	Ensayo controlado aleatorizado.	el presente estudio examinó el cambio de síntomas en veteranos que interrumpieron el tratamiento basado en la evidencia para el trastorno de estrés posttraumático (PTSD) y el trastorno por consumo de alcohol (AUD) comórbidos.	. Los resultados revelaron que los participantes que mostraron una mejora de los síntomas asistieron a más sesiones de tratamiento y completaron más exposiciones imaginativas que los participantes que no experimentaron una mejora significativa.	. Los resultados revelaron que los participantes que mostraron una mejora de los síntomas asistieron a más sesiones de tratamiento y completaron más exposiciones imaginativas que los participantes que no experimentaron una mejora significativa.	
43	(Kehle-Forbes et al., 2019)	A randomized controlled trial evaluating integrated versus phased	EEUU.	Experimental	Este ensayo clínico aleatorizado evaluó la eficacia comparativa de psicoterapias basadas en evidencia integradas	En los análisis por intención de tratar (n=183), ambos grupos de tratamiento lograron reducciones	En los análisis por intención de tratar (n=183), ambos grupos de tratamiento lograron reducciones	

		application of evidence-based psychotherapies for military veterans with comorbid PTSD and substance use disorders			versus graduales para SUD y PTSD entre veteranos con SUD/PTSD concurrentes.	clínicas (d=0,46 - 1,06) y estadísticamente significativas en la sintomatología de SUD (p < 0,01) y TEPT (p < 0,01); las interacciones tiempo por tratamiento no fueron significativas. Los análisis post-hoc no pudieron confirmar la no inferioridad estadística; los tamaños del efecto entre grupos sugieren una falta de diferencias clínicamente significativas entre los dos enfoques de tratamiento (d=0,08 - 0,27).	clínicas (d=0,46 - 1,06) y estadísticamente significativas en la sintomatología de SUD (p < 0,01) y TEPT (p < 0,01); las interacciones tiempo por tratamiento no fueron significativas. Los análisis post-hoc no pudieron confirmar la no inferioridad estadística; los tamaños del efecto entre grupos sugieren una falta de diferencias clínicamente significativas entre los dos enfoques de tratamiento (d=0,08 - 0,27).	
44	(Stauffer et al., 2019)	Effects of Oxytocin Administration on Cue-Induced Craving in Co-occurring Alcohol Use Disorder and PTSD: A Within-Participant Randomized Clinical Trial	San Francisco-Estados Unidos	Experimental	Las personas con trastorno por consumo de alcohol (AUD) tienen muchas más probabilidades de cumplir los criterios para el trastorno de estrés postraumático (PTSD) que la población general. La literatura previa sugiere que la oxitocina, un neuropéptido hipotalámico, puede ser eficaz en el tratamiento de AUD y PTSD cuando se administra por vía intranasal, aunque los mecanismos específicos siguen siendo difíciles de alcanzar.	La oxitocina no afecta el deseo inducido por señales.	Las personas con trastorno por consumo de alcohol (AUD) tienen muchas más probabilidades de cumplir los criterios para el trastorno de estrés postraumático (PTSD) que la población general	
45	(Tripp, Worley, et al., 2020)	Bidirectional Relationship of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptom	Estados Unidos	Cuantitativo-Ensayo clínico aleatorizado	Examinar los datos sesión por sesión para comprender la relación entre la gravedad de los síntomas del TEPT y el consumo de alcohol en	Los resultados indicaron que una mayor gravedad de los síntomas de TEPT se asoció con un mayor consumo de alcohol en	En el marco teórico se señala comorbilidad entre ambos trastornos. Los participantes del estudios tenían	Hasta la fecha, se sabe menos sobre las asociaciones entre los síntomas del



Severity and Alcohol Use Over the Course of Integrated Treatment

la semana siguiente, y viceversa.

el futuro y un mayor consumo de alcohol se asoció con una mayor gravedad de los síntomas de TEPT en el futuro. La condición de tratamiento no moderó el efecto de la gravedad de los síntomas de TEPT sobre el consumo de alcohol (o la relación recíproca). Los hallazgos respaldan el modelo de mantenimiento mutuo de la adicción.

comorbilidad

TEPT y el consumo de alcohol semana a semana durante el curso del tratamiento, lo que permitiría una comprensión más matizada de cómo los síntomas de cada trastorno se relacionan con los síntomas proximales del otro. El conocimiento de si la relación es más fuerte en una dirección que en la otra informaría la comprensión teórica de la relación entre el TEPT y el TCS y podría ayudar a guiar a los médicos sobre cuándo enfatizar estrategias terapéuticas específicas durante el tratamiento. La condición de tratamiento no moderó el efecto de la gravedad de los síntomas de TEPT sobre el consumo de alcohol (o la relación recíproca). Los

46	(Back et al., 2020)	N-acetylcysteine for the treatment of comorbid alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder: Design and methodology of a randomized clinical trial	Estados Unidos	Cuantitativo-Ensayo clínico aleatorizado	Probar la eficacia de N-acetilcisteína para reducir el consumo de alcohol y los síntomas del TEPT	Propuesta del diseño y la metodología	En el marco teórico se señala comorbilidad entre ambos trastornos.	hallazgos respaldan el modelo de mantenimiento mutuo de la adicción.
47	(Mahoney et al., 2020)	The Role of Impulsivity in the Association Between Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity and Substance Use in Male Military Veterans HHS Public Access	Estados Unidos	Cuantitativo-Predictivo	Evaluar la impulsividad como moderadora de la asociación entre los síntomas del TEPT y el consumo de alcohol/drogas	Los veteranos con altos niveles de impulsividad tenían un riesgo significativamente mayor de consumir alcohol que los veteranos con niveles bajos a promedio. La impulsividad no potenció la relación entre los síntomas de hiperexcitación del TEPT y el consumo de alcohol ni moderó la asociación entre ninguna de las variables del TEPT y el consumo de drogas. La impulsividad parece servir como un factor de riesgo significativo para el consumo de alcohol, pero no de drogas, para los veteranos masculinos que experimentan síntomas de TEPT.	En el abstract y en el marco teórico se menciona la comorbilidad. Y en los resultados se indicó que se encontraron relaciones significativas entre los síntomas de TEPT, los grupos de síntomas de TEPT, la impulsividad, el consumo de alcohol y el consumo de drogas.	parece que la impulsividad es un factor de riesgo significativo para el consumo de alcohol en veteranos con TEPT, pero esta asociación puede diferir según el tipo de angustia postraumática. Para los veteranos con síntomas de hiperexcitación, la impulsividad no influyó en la probabilidad de que se involucraran en el consumo de alcohol. Además, la impulsividad no exacerbó la

48	(Fitzpatrick et al., 2020)	The impact of trauma characteristics on posttraumatic stress disorder and substance uses disorder outcomes across integrated and substance use treatments	Nueva York- Estados Unidos	Cuantitativo-ensayo aleatorizado	Replicar la investigación que examina el impacto de las características del trauma (edad y recuento del trauma) en los cambios en el TEPT durante y después del tratamiento y ampliarlo examinando su impacto en los cambios en TCS durante y después del tratamiento en TEPT+TCS, después de controlar para indicadores socioeconómicos y sexo.	Ninguna de las características del trauma predijo las respuestas del TEPT durante ambos tratamientos. Sin embargo, una edad de trauma más temprana, pero no un recuento de trauma más alto, predijo una menor reducción en el uso de sustancias durante el tratamiento en ambas condiciones de tratamiento.	En el marco teórico se señala comorbilidad entre ambos trastornos. Los participantes del estudio tenían comorbilidad	participación en el uso de drogas ilícitas para los veteranos que experimentaron síntomas de TEPT. Las edades de trauma más tempranas están relacionadas con una mayor gravedad de TCS
49	(I. Petrakis et al., 2020)	Zonisamide as an Adjunctive Treatment to Cognitive Processing Therapy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Alcohol Use Disorder: A Pilot Study	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Incluir medicamentos en combinación con una psicoterapia comprobada basada en evidencia diseñada para tratar el PTSD, como la terapia de procesamiento cognitivo (CPT).	Los sujetos en general informaron una disminución significativa en los resultados de consumo de alcohol, ansias y síntomas de TEPT. La zonisamida se toleró bien y se administró fácilmente con CPT, que también se toleró bien.	Hay altas tasas de trastorno por consumo de alcohol (AUD) comórbido entre aquellos que tienen trastorno de estrés postraumático (PTSD). Idealmente, el tratamiento de la comorbilidad debería abordar ambos trastornos simultáneamente.	
50	(Capone et al., 2020)	Comparing Exposure- and Coping Skills-Based Treatments on Trauma-Related Guilt in Veterans With Co-Occurring Alcohol Use and Posttraumatic	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Examinar si el tratamiento integrado para PTSD-SUD fue efectivo para reducir la culpa relacionada con el trauma según lo medido por el Inventario de culpa relacionada con el trauma.	Los resultados destacan que el tratamiento basado en la exposición y centrado en el trauma para el PTSD-SUD comórbido puede ser más efectivo para disminuir la culpa relacionada con el trauma, con efectos potencialmente más duraderos, que el	El trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos por consumo de sustancias (SUD) suelen coexistir, y esta comorbilidad (TEPT-SUD) se asocia con síntomas más graves y deterioro funcional que cualquiera de los dos trastornos por separado.	

		Stress Disorders						
51	(Colvonen et al., 2020)	Examining sleep over time in a randomized control trial comparing two integrated PTSD and alcohol use disorder treatments	EEUU.	Experimental	Este estudio examinó cómo cambia el insomnio con el tiempo en un ensayo de control aleatorio de dos tratamientos integrados de PTSD y AUD.	tratamiento no basado en la exposición, agregando evidencia de que los pacientes con PTSD-SUD A SUD se le debe ofrecer dicho tratamiento. ISI mostró disminuciones significativas, pero la mayoría se mantuvo por encima del límite clínico después del tratamiento. La vigilia después del inicio del sueño disminuyó, pero solo por 8 minutos, manteniéndose por encima de los umbrales clínicos. Disminuciones en el PTSD, pero no en el consumo excesivo de alcohol, cambio previsto en ISI. No se observaron cambios significativos en otras variables del sueño medidas.	ISI mostró disminuciones significativas, pero la mayoría se mantuvo por encima del límite clínico después del tratamiento. La vigilia después del inicio del sueño disminuyó, pero solo por 8 minutos, manteniéndose por encima de los umbrales clínicos. Disminuciones en el PTSD, pero no en el consumo excesivo de alcohol, cambio previsto en ISI. No se observaron cambios significativos en otras variables del sueño medidas.	
52	(Salas et al., 2021)	PTSD Improvement and Substance Use Disorder Treatment Utilization in Veterans: Evidence from Medical Record Data	Estados Unidos	Experimental	Determinó si las disminuciones clínicamente significativas de la puntuación de la Lista de verificación de TEPT se asociaron positivamente con la utilización del tratamiento TCS	Las reducciones clínicamente significativas en los síntomas de TEPT se asociaron con la utilización de cualquier tratamiento TCS pero no con la cantidad de utilización. La mejora en los síntomas del TEPT independientemente de la modalidad de tratamiento, puede permitir la búsqueda de tratamiento para el TCS. Hubo un aumento del 56 % en	Se menciona en la teoría	Los pacientes con TEPT que experimentaron una mejoría clínicamente significativa del TEPT, en comparación con aquellos que no la experimentaron, tenían un 56 % más de probabilidades de tener alguna visita de tratamiento de TCS. No hubo una asociación

					las probabilidades de utilizar cualquier tratamiento TCS entre aquellos con una disminución del TEPT pero no hubo asociación con el número de tratamientos TCS visitas.		significativa entre la mejora del TEPT y el número de sesiones de tratamiento de TCS. Varios síntomas de TEPT pueden interferir con el compromiso del tratamiento TCS, como la evitación, la desconfianza en los demás y la hiperexcitación. A medida que mejoran estos síntomas, los pacientes pueden sentir una mayor autoeficacia para cambiar su consumo de sustancia.
53	(Lortye et al., 2021)	Treating posttraumatic stress disorder in substance use disorder patients with co-occurring posttraumatic stress disorder: study protocol for a randomized controlled trial to compare the effectiveness of different types and timings of treatment	Amsterdam y Utrecht-Países Bajos	Cuantitativo-Ensayo clínico aleatorizado	Comparar la efectividad de tres estrategias de tratamiento para TEPT y su momento óptimo en una población de pacientes con TCS y TEPT concurrentes.	Los pacientes con TEPT y TCS tienen una alta carga de enfermedad. Actualmente, existe evidencia de que un tratamiento de exposición prolongada simultáneo es efectivo para tratar el TEPT en pacientes con TCS concurrente, aunque los efectos son pequeños.	En el marco teórico se señala comorbilidad entre ambos trastornos. Los participantes del estudio tenían comorbilidad
54	(Bozzay et al., 2021)	Intermittent Theta Burst Stimulation in	Estados Unidos	Cuantitativo-Ensayo clínico aleatorizado	Examinar los efectos de un diagnóstico de TCS comórbido sobre el	Los hallazgos brindan apoyo inicial para el uso de estimulación	En el marco teórico se señala comorbilidad entre ambos

		Veterans with Mild Alcohol Use Disorder			TEPT y la mejora de los síntomas depresivos	intermitente theta burst para tratar la depresión y el TEPT entre pacientes con TCS.	trastornos. Los participantes del estudio tenían comorbilidad	
55	(Zatzick et al., 2021)	Stepped Collaborative Care Targeting Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Comorbidity for US Trauma Care Systems: A Randomized Clinical Trial	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Evaluar simultáneamente la efectividad y la implementación de una intervención de atención colaborativa breve y escalonada dirigida al TEPT y la comorbilidad.	Los análisis de regresión de modelos mixtos revelaron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de PCL-C para los pacientes de intervención en comparación con los pacientes de control a los 6 meses (diferencia, -2,57; IC del 95 %, -5,12 a -0,03; tamaño del efecto, 0,18; $P < 0,05$ ), pero no 12 meses (diferencia, -1,27; IC del 95 %, -4,26 a 1,73; tamaño del efecto, 0,08; $P = 0,35$ ).	Los efectos de la intervención para los resultados secundarios no alcanzaron significación estadística. Donde los resultados secundarios incluyeron síntomas depresivos, consumo de alcohol y función física.	Los análisis de regresión de modelos mixtos revelaron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de PCL-C para los pacientes de intervención en comparación con los pacientes de control a los 6 meses (diferencia, -2,57; IC del 95 %, -5,12 a -0,03; tamaño del efecto, 0,18; $P < 0,05$ ), pero no 12 meses (diferencia, -1,27; IC del 95 %, -4,26 a 1,73; tamaño del efecto, 0,08; $P = 0,35$ ).
56	(Lozano et al., 2021)	Treatment Goals and Alcohol Use Outcomes in Veterans With Comorbid Alcohol Dependence and Posttraumatic Stress Disorder	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Examinar la asociación entre los resultados del consumo de alcohol y los objetivos de consumo de sustancias de entrada al tratamiento de los participantes para abstenerse o reducir el consumo de sustancias en el contexto del tratamiento para SUD/PTSD comórbido.	Los participantes en ambos grupos objetivo (abstenerse; reducir) lograron reducciones significativas en la probabilidad de beber y en la probabilidad de exceder los niveles de consumo de bajo riesgo.	Estos hallazgos amplían la consideración de la utilidad de los objetivos de uso de sustancias y sugieren que los médicos deberían invitar a considerar la abstinencia, pero es posible que no deban limitar el tratamiento integrado para SUD/PTSD basado en	

57	(Lyons et al., 2021)	Psychosocial functioning in integrated treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Examinar si el funcionamiento psicosocial mejoró en tratamientos integrados para PTSD/AUD, y si los cambios en la gravedad del PTSD y el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol (PHDD por siglas en inglés) durante el tratamiento se asociaron con resultados de funcionamiento.	Los hallazgos sugieren que el funcionamiento psicosocial mejoró en un grado estadísticamente significativo sin diferencias significativas entre las condiciones. Los hallazgos subrayan la necesidad de estudiar cómo tratar mejor el deterioro del funcionamiento psicosocial en el PTSD/AUD.			el cumplimiento estricto de la abstinencia, particularmente si se apunta a objetivos de uso de bajo riesgo. Las reducciones en la gravedad del PTSD durante el tratamiento se asociaron con mejoras en el funcionamiento psicosocial, mientras que las reducciones en PHDD (siglas de porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol en inglés) se asociaron con una mejora en el deterioro del rol después del tratamiento.	
58	(Kline, Straus, et al., 2021)	Substance use predictors of attendance among veterans in integrated PTSD and alcohol use disorder treatment	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Examinar predictores relacionados con el uso de sustancias de asistencia a la sesión entre veteranos (N = 119) asignados al azar para recibir terapia de exposición integrada o terapia de habilidades de afrontamiento integradas en un ensayo clínico para PTSD + AUD comórbido	Los hallazgos no respaldaron la noción de que el consumo de alcohol conduce a una menor asistencia a la terapia de exposición en comparación con la terapia de no exposición.			El trastorno de estrés posttraumático (TEPT) comórbido y el trastorno por consumo de alcohol (AUD) son comunes, definidos por una mayor gravedad y deterioro que cualquiera de los dos trastornos por separado, y asociados con una asistencia deficiente al tratamiento.	No se respalda la noción de que el consumo de alcohol conduce a una menor asistencia a la terapia de exposición en comparación con la terapia de no exposición.
59	(Tripp et al., 2020)	Residual Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder Following Integrated Exposure Treatment Versus Coping Skills Treatment	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	Examinar los síntomas residuales de PTSD y AUD en 73 veteranos con PTSD/AUD que completaron una evaluación posterior al tratamiento después de ser aleatorizados para recibir tratamiento concurrente de PTSD y trastornos por uso de sustancias mediante exposición prolongada	Los hallazgos indican que la hiperexcitación puede justificar una intervención adicional después del tratamiento del PTSD. Se debe examinar la presencia de síntomas de TEPT luego de recibir tratamiento para TCS.	Los participantes sin un diagnóstico de TEPT posterior al tratamiento tenían probabilidades más bajas de la mayoría de los síntomas, aunque el sobresalto exagerado, OR = 0,71, y la	Los participantes sin un diagnóstico de AUD posterior al tratamiento tenían probabilidades más bajas de la mayoría de los síntomas, aunque	Aunque algunos estudios han demostrado síntomas residuales en pacientes que han participado en el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático (PTSD), ningún estudio hasta la fecha ha evaluado los síntomas residuales del PTSD después del	Los síntomas residuales de AUD pueden relacionarse con la naturaleza duradera de algunos síntomas de AUD más que con la falta de eficacia del tratamiento.

					(COPE) o búsqueda de seguridad (SS).	irritabilidad/agresión, OR = 0,58, tenían más probabilidades de persistir.	abstinencia, OR = 0,21; intentos de abandono fallidos, OR = 0,04; y una mayor ingesta, OR = 0,01, tenían más probabilidades de persistir.	tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol (AUD) y el PTSD (PTSD/AUD) comórbidos.
60	(Melkonian et al., 2021)	Craving Moderates the Effects of Intranasal Oxytocin on Anger in Response to Social Stress Among Veterans With Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	La oxitocina puede tener valor terapéutico en el tratamiento de ambas condiciones. El potencial de la oxitocina para aumentar las características afectivas comunes al PTSD y AUD, como la ira, es relevante para informar los tratamientos emergentes.	Se observó una interacción marginalmente significativa, lo que sugiere una asociación positiva entre el ansia inicial y la ira para los del grupo de oxitocina (B = 0,65, P = 0,01).		El trastorno de estrés postraumático y el trastorno por consumo de alcohol comúnmente ocurren simultáneamente entre los veteranos militares estadounidenses.
61	(Saavedra et al., 2021)	Evaluating treatments for posttraumatic stress disorder, alcohol and other drug use disorders using meta-analysis of individual patient data: Design and methodology of a virtual clinical trial	Estados Unidos de América	Meta-análisis	A través de un Ensayo Clínico Virtual (VCT) Armonizar y analizar datos de más de 40 estudios independientes de tratamientos psicológicos, farmacológicos y/o farmacológicos combinados para el trastorno de estrés postraumático y los trastornos comórbidos por consumo de alcohol y otras drogas (PTSD/AOD).	Las ventajas del enfoque general de APV se yuxtaponen a las limitaciones de los ensayos controlados aleatorios únicos y el metanálisis convencional.		Las ventajas del enfoque general de APV se yuxtaponen a las limitaciones de los ensayos controlados aleatorios únicos y el metanálisis convencional.
62	(Meredith et al., 2021)	Design of CLARO (Collaboration Leading to Addiction Treatment and Recovery from other Stresses):	Estados Unidos de América	Ensayo Clínico Aleatorizado	CLARO (Collaboration Leading to Addiction Treatment and Recovery from Other Stresses) es un ensayo pragmático aleatorizado de múltiples sitios de atención colaborativa (CC) para	Aunque CC es eficaz para mejorar los resultados en la atención primaria entre pacientes con problemas de salud mental, no se ha probado para COD.		El trastorno por consumo de opiáceos (OUD) que se presenta junto con la depresión y/o el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es común y, si no se trata, puede tener



		A randomized trial of collaborative care for opioid use disorder and co-occurring depression and/or posttraumatic stress disorder			trastornos concurrentes en 13 clínicas de atención primaria rurales y urbanas en Nuevo México para mejorar la atención de pacientes con OUD y depresión y/o PTSD concurrentes.		consecuencias devastadoras.
63	(Simpson et al., 2021)	Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis	Estados Unidos de América	Revisión meta-análisis	Examinar la eficacia y la aceptabilidad de los dos tipos de tratamiento central (centrado en el trauma y no centrado en el trauma) en comparación con todos los comparadores y con los tratamientos TCS cognitivo-conductuales manualizados inmediatamente después del tratamiento y en el seguimiento más largo.	Los resultados sugieren que las intervenciones SUD centradas en el trauma, no centradas en el trauma y manualizadas son opciones sólidas para las personas con PTSD/SUD comórbido.	En los últimos 20 años, se han desarrollado y probado numerosos tratamientos que abordan el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno por uso de sustancias (SUD) comórbidos.
64	(Scott et al., 2021)	Neurocognitive predictors of treatment outcomes in psychotherapy for comorbid PTSD and substance use disorders	No se indica	Ensayo Clínico Aleatorizado	La comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos por uso de sustancias (TUS) es común, y ambos están asociados con disfunción cognitiva. Sin embargo, pocos estudios examinan el impacto de los déficits cognitivos en los resultados del tratamiento. Aquí, aprovechamos los datos de un ensayo clínico aleatorizado de psicoterapia integrada versus por fases para SUD y PTSD para examinar la relación del funcionamiento cognitivo con la respuesta al tratamiento.	Las personas con un funcionamiento más bajo de la memoria verbal tuvieron reducciones de síntomas de PTSD y SUD menos sólidas en la psicoterapia de PTSD/SUD, con diferencias que generalmente fueron de pequeña magnitud. Aquellos con un mejor funcionamiento de la memoria de trabajo tuvieron peores resultados de SUD. los hallazgos sugieren que el funcionamiento neurocognitivo puede afectar la efectividad del tratamiento del PTSD y SUD.	Las personas con un funcionamiento más bajo de la memoria verbal tuvieron reducciones de síntomas de PTSD y SUD menos sólidas en la psicoterapia de PTSD/SUD, con diferencias que generalmente fueron de pequeña magnitud. Aquellos con un mejor funcionamiento de la memoria de trabajo tuvieron peores resultados de SUD. los hallazgos sugieren que el funcionamiento neurocognitivo puede afectar la efectividad del tratamiento del PTSD y SUD.

65	(Ralevski et al., 2016)	Trauma- and Stress-Induced Response in Veterans with Alcohol Dependence and Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder	Nueva York	Cuantitativo-regresión	Este es el primer estudio que explora los efectos de los guiones inducidos por el trauma y el estrés en las respuestas ansiosas de alcohol, afectivas, cardiovasculares y de cortisol en el laboratorio.	Los resultados resaltan que las señales de trauma son más destacadas en la inducción del ansia de alcohol que las señales de estrés y una mayor reactividad se relaciona con una mayor cantidad de consumo de referencia.	Los resultados resaltan que las señales de trauma son más destacadas en la inducción del ansia de alcohol que las señales de estrés y una mayor reactividad se relaciona con una mayor cantidad de consumo de referencia.
66	(Panza et al., 2021)	Subgroups of comorbid PTSD and AUD in U.S. military veterans predict differential responsiveness to two integrated treatments: A latent class analysis	San Diego-California, EEUU- 2020	Experimental	Averiguar si las habilidades de afrontamiento integradas o terapias de exposición surten efectos en veteranos militares de EEUU con TEPT y AUD.	Los veteranos con PTSD/AUD recibieron habilidades de afrontamiento integradas o terapia de exposición. El análisis de clases latentes exploró subgrupos de PTSD/AUD comórbidos. Los subgrupos de PTSD/AUD diferían según la gravedad del PTSD y El deterioro relacionado con AUD. Los subgrupos de PTSD/AUD moderaron la respuesta al tratamiento a las intervenciones integradas.	Los veteranos con PTSD/AUD recibieron habilidades de afrontamiento integradas o terapia de exposición.
67	(Abram et al., 2021)	Working memory and alcohol demand relationships differ according to PTSD symptom severity among veterans with AUD	California-EEUU	Regresión.	Examinar la interacción de los síntomas del PTSD y la memoria de trabajo en cuatro índices de demanda de alcohol medidos a partir del APT; Usando Específicamente modelos separados para probar si las asociaciones entre la memoria de trabajo y la intensidad (consumo a \$0), Omax (gasto máximo), Pmax (precio	Este trabajo destaca las condiciones bajo las cuales la memoria de trabajo puede ser un objetivo potencial para intervenciones orientadas a reducir el consumo de alcohol en veteranos con PTSD y AUD concurrentes.	Este trabajo destaca las condiciones bajo las cuales la memoria de trabajo puede ser un objetivo potencial para intervenciones orientadas a reducir el consumo de alcohol en veteranos con PTSD y AUD concurrentes.

68	(Kim et al., 2021)	The mediation effect of depression and alcohol use disorders on the association between post-traumatic stress disorder and obstructive sleep apnea risk in 51,149 Korean firefighters: PTSD and OSA in Korean firefighters	Corea del Sur	Cuantitativo-regresión	al gasto máximo) y elasticidad (sensibilidad al precio), diferían en función de los síntomas de TEPT. Investigó la asociación de PTSD, depresión y AUD con OSA en una muestra nacional de bomberos coreanos.	Los subgrupos de PTSD/AUD diferían según la gravedad del PTSD y el deterioro relacionado con AUD.	Los subgrupos de PTSD/AUD diferían según la gravedad del PTSD y el deterioro relacionado con AUD.		
69	(Palmisano et al., 2021)	Disentangling the association between PTSD symptom heterogeneity and alcohol use disorder: Results from the 2019-2020 National Health and Resilience in Veterans Study	Estados Unidos	Cuantitativo-regresión logística	Abordar esta brecha y asociación equívoca al evaluar qué grupos de síntomas de PTSD están más asociados con AUD en una muestra de veteranos utilizando el modelo 'híbrido' de 7 factores de PTSD.	Importancia de externalizar los comportamientos y los síntomas de excitación del PTSD como posibles impulsores del AUD en esta población.	Específicamente, mientras que la mejora en los grupos de síntomas de TEPT de intrusión, evitación e hiperactivación del DSM-IV se asoció con índices reducidos de gravedad del consumo de alcohol, solo la mejora en los síntomas de hiperactivación se relacionó significativamente con la respuesta al tratamiento con alcohol (definida como una disminución $\geq 75\%$ en ambos porcentajes). días	Específicamente, mientras que la mejora en los grupos de síntomas de TEPT de intrusión, evitación e hiperactivación del DSM-IV se asoció con índices reducidos de gravedad del consumo de alcohol, solo la mejora en los síntomas de hiperactivación se relacionó significativamente con la respuesta al tratamiento con alcohol (definida como	El análisis de prevalencia ponderada reveló que el 10,5 % (n = 360) de la muestra de veteranos resultó positivo para AUD actual y el 6,9 % (n = 237) para TEPT actual.

						de bebida y número promedio de bebidas consumidas por día desde el inicio hasta el final del tratamiento; Back et al., 2006).	una disminución $\geq 75\%$ en ambos porcentajes). días de bebida y número promedio de bebidas consumidas por día desde el inicio hasta el final del tratamiento; Back et al., 2006).	
70	(Stout et al., 2021)	Resting-state connectivity subtype of comorbid PTSD and alcohol use disorder moderates improvement from integrated prolonged exposure therapy in Veterans	San Diego- Estados Unidos	Cuantitativo- Experimental	Examinar si la conectividad efectiva previa al tratamiento de estas regiones cerebrales relevantes para TEPT y AUD se puede usar para identificar subgrupos de pacientes y para probar si los subgrupos de conectividad efectiva predicen la mejora del tratamiento psicoterapéutico en veteranos	Identificamos un subgrupo de pacientes asociados con una mejoría en los síntomas de PTSD de la terapia de exposición prolongada integrada. Este subgrupo se caracterizó por la conectividad de la ínsula inferior a la corteza parietal inferior (IPC), la corteza cingulada anterior pregenual superior (pgACC) a la conectividad de la corteza cingulada media posterior y una ruta única de pgACC a IPC. No observamos ningún subgrupo de conectividad que se beneficiara únicamente de las habilidades de afrontamiento integradas o subgrupos asociados con el cambio en el consumo de alcohol.	Observamos que el subtipo de conectividad PTSD/AUD 2 se asoció con la mejora de los síntomas de PTSD de I-PE. F	
71	(Kline et al., 2021)	Within-treatment	No se indica	Cuantitativo- experimental	Examinar las medidas que evalúan el PTSD, el	marcadores de abandono detectables	marcadores de abandono detectables	

		clinical markers of dropout risk in integrated treatments for comorbid PTSD and alcohol use disorder			consumo de alcohol y la satisfacción del paciente como posibles marcadores de abandono dentro del tratamiento	dentro del tratamiento durante el tratamiento integrado para PTSD + AUD. El estudio de los indicadores dentro del tratamiento próximos al abandono puede ayudar a identificar pacientes en riesgo e informar estrategias oportunas para impulsar la retención.	dentro del tratamiento durante el tratamiento integrado para PTSD + AUD. El estudio de los indicadores dentro del tratamiento próximos al abandono puede ayudar a identificar pacientes en riesgo e informar estrategias oportunas para impulsar la retención.	
72	(Smiley et al., 2021)	Optogenetic manipulation of the prelimbic cortex during fear memory reconsolidation alters fear extinction in a preclinical model of comorbid PTSD/AUD	Estados Unidos	Cuantitativo-experimental	Examinar los efectos de la exposición al etanol en la capacidad de crear nuevas asociaciones aprendidas en torno a señales de miedo previamente condicionadas	La exposición crónica al etanol condujo a déficits en el aprendizaje de la extinción del miedo y aumentó la congelación durante la recuperación espontánea, los cuales se evitaron después de la inhibición de la PrL, pero no de la IfL, durante la reconsolidación de la memoria.	el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno por consumo de alcohol (AUD) son trastornos del aprendizaje y la memoria que a menudo se presentan de forma comórbida.	el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno por consumo de alcohol (AUD) son trastornos del aprendizaje y la memoria que a menudo se presentan de forma comórbida.
73	(Berenz et al., 2021)	Negative affect and alcohol craving in trauma-exposed young adult drinkers	No se indica	Cuantitativo-regresión	El objetivo del estudio actual fue determinar las influencias respectivas de los síntomas de TEPT, los motivos de afrontamiento y el afecto negativo en el trauma y la reactividad a las señales de alcohol para informar los modelos teóricos de TEPT y AUD concurrentes.	Los modelos lineales de efectos mixtos (LME) ajustados hacia adelante confirmaron que el ansia provocada por la señal del trauma fue elevada entre los que tenían síntomas de TEPT altos pero no bajos, de acuerdo con investigaciones y teorías previas. El ansia provocada por la señal traumática se explicó completamente por aumentos en el afecto negativo, sin evidencia de un efecto directo de la señal traumática sobre el deseo. Los	Los modelos lineales de efectos mixtos (LME) ajustados hacia adelante confirmaron que el ansia provocada por la señal del trauma fue elevada entre los que tenían síntomas de TEPT altos pero no bajos, de acuerdo con investigaciones y teorías previas. El ansia provocada por la señal traumática se explicó completamente por aumentos en el afecto negativo, sin evidencia de un efecto directo de la señal traumática sobre el deseo. Los	

74	(Kagee et al., 2021)	Correlates of viral non-suppression among South African antiretroviral therapy users: comorbidity of major depression, posttraumatic stress, and alcohol use disorders	Sudáfrica	Cuantitativo-regresión	Se evaluó a los usuarios de terapia antirretroviral (TAR) en dos centros de salud pública en Sudáfrica para el trastorno depresivo mayor (MDD), el trastorno de estrés postraumático (PTSD) y el trastorno por consumo de alcohol (AUD)	<p>síntomas de TEPT moderaron una asociación entre la señal de trauma y el afecto negativo (pero no el afecto negativo y el deseo), y los motivos de afrontamiento para el alcohol moderaron una asociación entre el afecto negativo y el deseo (pero no la señal de trauma y el afecto negativo).</p> <p>Las estimaciones de prevalencia para MDD, PTSD y AUD fueron 24,9 %, 14,7 % y 22,1 %, respectivamente, y el 22,0 % tenía LV no suprimida. En modelos de regresión multivariable, la VL no suprimida se asoció con estar desempleado (aOR = 2,23) y AUD (aOR = 1,78). MDD, PTSD y trastornos mentales comórbidos no aumentaron el riesgo de VL no suprimido.</p>	<p>síntomas de TEPT moderaron una asociación entre la señal de trauma y el afecto negativo (pero no el afecto negativo y el deseo), y los motivos de afrontamiento para el alcohol moderaron una asociación entre el afecto negativo y el deseo (pero no la señal de trauma y el afecto negativo).</p> <p>Las estimaciones de prevalencia para MDD, PTSD y AUD fueron 24,9 %, 14,7 % y 22,1 %, respectivamente, y el 22,0 % tenía LV no suprimida. En modelos de regresión multivariable, la VL no suprimida se asoció con estar desempleado (aOR = 2,23) y AUD (aOR = 1,78). MDD, PTSD y trastornos mentales comórbidos no aumentaron el riesgo de VL no suprimido.</p>
75	(Saba et al., 2021)	Associations between symptoms of posttraumatic stress disorder, pain, and alcohol use disorder among OEF/OIF/OND veterans	Online	Cuantitativo-correlacional	el trastorno por consumo de alcohol (AUD, por sus siglas en inglés) prevalece entre los veteranos de la Operación Libertad Duradera, la Operación Libertad Iraquí y la Operación Nuevo Amanecer (OEF/OIF/OND). El dolor y el trastorno de estrés postraumático (PTSD) son altamente comórbidos y aumentan	<p>Los resultados destacan asociaciones entre AUD, síntomas de TEPT y dolor entre los veteranos. Si bien la relación entre el dolor y el AUD parecía más fuerte en el contexto de síntomas bajos de TEPT, tanto el dolor como los síntomas del TEPT se asociaron con un aumento del AUD.</p>	<p>Tanto el dolor como los síntomas de TEPT se asociaron con un aumento de la sintomatología de AUD, aunque la relación entre el dolor y el AUD se acentuó con síntomas de TEPT relativamente bajos. Con respecto a los grupos de síntomas de PTSD, la reexperimentación y las cogniciones y el</p>

					el riesgo de AUD. Los estudios previos que relacionan el dolor o el TEPT con el AUD no han explorado las interacciones entre el dolor y los síntomas del TEPT.		estado de ánimo negativos se asociaron con un aumento de la sintomatología AUD.	
76	(Blakey et al., 2021)	Associations Between Lifetime Panic Attacks, Posttraumatic Stress Disorder, and Substance Use Disorders in a Nationally Representative Sample	EEUU	Cuantitativo-regresión	Este estudio probó la hipótesis de que entre los adultos con PTSD de por vida, los ataques de pánico estarían asociados con un mayor riesgo de por vida tanto para AUD como para DUD. También exploramos si los ataques de pánico estaban asociados con DUD específicos que con frecuencia coexisten con el TEPT (cannabis, sedantes/tranquilizantes, heroína/opiáceos y cocaína).	Los análisis de regresión logística ponderados mostraron que el riesgo de PTSD/AUD y PTSD/DUD a lo largo de la vida, cada uno en relación con el PTSD solo, era mayor para los adultos que eran más jóvenes en el momento de la recopilación de datos, eran hombres y tenían antecedentes de ataques de pánico. Los ataques de pánico no predijeron diagnósticos específicos de DUD comórbido con TEPT en análisis exploratorios ajustados por covariables sociodemográficas y clínicas.	Los análisis de regresión logística ponderados mostraron que el riesgo de PTSD/AUD y PTSD/DUD a lo largo de la vida, cada uno en relación con el PTSD solo, era mayor para los adultos que eran más jóvenes en el momento de la recopilación de datos, eran hombres y tenían antecedentes de ataques de pánico. Los ataques de pánico no predijeron diagnósticos específicos de DUD comórbido con TEPT en análisis exploratorios ajustados por covariables sociodemográficas y clínicas.	
77	(Meshberg-Cohen et al., 2021)	Binge drinking following residential treatment for posttraumatic stress disorder among veterans with and without alcohol use disorder	EEUU	Experimental	Los análisis compararon las características de los veteranos (N = 758) en tratamiento residencial, así como asociaciones de variables demográficas, traumáticas y relacionadas con el alcohol, con episodios de consumo excesivo de alcohol en el seguimiento.	Los resultados no mostraron diferencias en las mejoras de los síntomas de TEPT según el diagnóstico de AUD. Entre los veteranos diagnosticados con AUD, el 21,3 % respaldó el consumo excesivo de alcohol 4 o más (14,3 % respaldó 9 o más) días, mientras que el 10,8 % de los veteranos sin	Los resultados no mostraron diferencias en las mejoras de los síntomas de TEPT según el diagnóstico de AUD. Entre los veteranos diagnosticados con AUD, el 21,3 % respaldó el consumo excesivo de alcohol 4 o más (14,3 % respaldó 9 o más) días, mientras que el 10,8 % de los veteranos sin	El TEPT se complica por las altas tasas de trastorno por consumo de alcohol comórbido.

78	(Zegel et al., 2022)	Mental Health Correlates of Probable Posttraumatic Stress Disorder, Probable Alcohol Use Disorder, and Their Co-Occurrence among Firefighters	Houston, Texas, Estados Unidos	Experimental	Este estudio evaluó la carga traumática, el TEPT, el consumo de alcohol, la depresión, el sueño, el riesgo de suicidio, la ira y el estrés laboral en cuatro grupos discretos de bomberos	AUD respaldó el consumo excesivo de alcohol 4 o más (5,2 % respaldó 9 o más) días en el seguimiento. Los resultados proporcionan evidencia empírica preliminar del impacto nocivo de la comorbilidad PTSD-AUD entre los bomberos.	AUD respaldó el consumo excesivo de alcohol 4 o más (5,2 % respaldó 9 o más) días en el seguimiento. El estudio evidencia comorbilidad entre el TEPT y El consumo de sustancias, alcohol.		
79	(McGlinchey et al., 2022)	Disentangling the Symptom-Level Nuances in Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Problematic Alcohol Use in Northern Irish Military Veterans: A Network Analysis	Irlanda del Norte	Cuantitativo-correlacional	El estudio actual utilizó el análisis de redes para examinar las asociaciones entre el TEPT y el consumo problemático de alcohol.	El síntoma de TEPT “ <b>comportamiento imprudente</b> ” tuvo los valores de centralidad de puente más altos y, por lo tanto, las conexiones más fuertes y la mayoría de las conexiones con los ítems de consumo de alcohol	Para los ítems de consumo de alcohol, "no poder dejar de beber" y "número de tragos" demostraron las conexiones puente más fuertes con los ítems de PTSD.	Se han propuesto varias teorías para explicar la comorbilidad entre el TEPT y el consumo problemático de alcohol, pero la investigación que examina las asociaciones a nivel de síntomas entre los dos es limitada.	Estos resultados destacan el papel de los síntomas específicos del PTSD involucrados en la interacción entre el PTSD y el consumo problemático de alcohol.
80	(Farrelly et al., 2022)	Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Coping Motives are Independently Associated with Cannabis Craving Elicited by Trauma Cues	Nueva Escocia-Canadá	Cuantitativo-regresión	Examinamos si los síntomas de TEPT estaban asociados con el ansia de cannabis provocada por una señal de trauma personalizada y exploramos si los motivos de afrontamiento mediaron esta relación hipotética; los motivos de realce se incluyeron como mediador de comparación.	Los resultados demostraron que los síntomas del TEPT se asociaron con un aumento del ansia de cannabis después de la exposición a la señal del trauma, $B = 0,43$ , $p = 0,004$ , IC del 95 % [0,14, 0,72]. Sin embargo, los resultados no respaldaron nuestra hipótesis de un efecto indirecto a través de motivos generales de afrontamiento, efecto	Llos médicos deben centrarse tanto en los síntomas del TEPT como en los motivos generales de afrontamiento para prevenir el desarrollo de ansias de cannabis condicionadas a recordatorios de trauma en consumidores de cannabis expuestos a traumas.	Los motivos de afrontamiento del consumo de cannabis pueden ayudar a explicar la relación entre el TEPT y el cannabis. El emparejamiento frecuente de señales de trauma con el uso de sustancias para hacer frente al afecto negativo puede conducir a un ansia condicionada de sustancias.	



81	(Baker et al., 2022)	Indirect Associations Between Posttraumatic Stress Symptoms and Other Psychiatric Symptoms, Alcohol Use, and Well-being via Psychological Flexibility Among Police Officers	EEUU	Cuantitativo_relacional	<p>Evaluar la flexibilidad psicológica como mediador y moderador del PTSS (síntomas elevados de estrés postraumático) y los síntomas psiquiátricos comúnmente concurrentes, el consumo de alcohol y el bienestar general, utilizando datos transversales proporcionados por una muestra de oficiales de policía ( N= 459) reclutados de tres agencias de policía estadounidenses distribuidas regionalmente.</p> <p>La intolerancia a la angustia (DI; es decir, la incapacidad percibida para tolerar estados emocionales negativos) y la sensibilidad a la ansiedad (AS, es decir, el miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad) son dos mecanismos prometedores que se pueden orientar con potencial para predecir y mejorar los resultados del tratamiento para veteranos con PTSD/ SUD.</p>	<p>indirecto</p> <p>la flexibilidad psicológica puede ser un proceso conductual que explica los resultados negativos asociados con el PTSS y un objetivo de intervención productivo en el contexto del PTSS y la angustia generalizada.</p>	<p>la flexibilidad psicológica puede ser un proceso conductual que explica los resultados negativos asociados con el PTSS y un objetivo de intervención productivo en el contexto del PTSS y la angustia generalizada.</p>
82	(Vujanovic et al., 2022)	Posttraumatic stress and substance use among military veterans: Associations with distress intolerance and anxiety sensitivity	EEUU	Cuantitativo-relacional	<p>La intolerancia a la angustia (DI; es decir, la incapacidad percibida para tolerar estados emocionales negativos) y la sensibilidad a la ansiedad (AS, es decir, el miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad) son dos mecanismos prometedores que se pueden orientar con potencial para predecir y mejorar los resultados del tratamiento para veteranos con PTSD/ SUD.</p>	<p>Los resultados indicaron que la gravedad de los síntomas de TEPT estaba relacionada con la gravedad del consumo de alcohol a través de AS, pero no de DI; y la gravedad de los síntomas de TEPT se relacionó con la gravedad del consumo de drogas a través de DI, pero no de AS.</p>	<p>La gravedad del PTSD se relacionó con la gravedad del consumo de alcohol a través de AS pero no de DI.</p>
83	(Morice et al., 2022)	Comorbid alcohol use and post-traumatic stress disorders: Pharmacotherapy with	No se indica	Cuantitativo-experimental	<p>revisar la evidencia de un objetivo prometedor para el tratamiento de la comorbilidad AUD- PTSD</p>	<p>Los subgrupos de PTSD/AUD moderaron la respuesta al tratamiento a las intervenciones integradas.</p>	<p>Los subgrupos de PTSD/AUD moderaron la respuesta al tratamiento a las intervenciones integradas.</p>

		aldehyde dehydrogenase 2 inhibitors versus current agents						
84	(Stauffer et al., 2022)	Effects of oxytocin administration on fear-potentiated acoustic startle in co-occurring PTSD and alcohol use disorder: A randomized clinical trial	No se indica	Cuantitativo-ensayo clínico aleatorizado	Cuantitativo-estudio clínico aleatorizado	investigar los efectos de la oxitocina intranasal sobre la reactividad de sobresalto, un importante marcador potencial de la sintomatología tanto del PTSD como del AUD	El trastorno de estrés postraumático (PTSD) y el trastorno por consumo de alcohol (AUD) concurrentes son comunes y se asocian particularmente con una elevación de la hiperexcitación en comparación con el PTSD solo	El trastorno de estrés postraumático (PTSD) y el trastorno por consumo de alcohol (AUD) concurrentes son comunes y se asocian particularmente con una elevación de la hiperexcitación en comparación con el PTSD solo
85	(Paltell & Berenz, 2022)	The Influences of Posttraumatic Stress Disorder and Distress Tolerance on Trauma and Alcohol Cue Reactivity in a Sample of Trauma-Exposed College Students	Chicago, Estados Unidos	Experimental	El estudio actual usó un paradigma de reactividad a señales de trauma y alcohol para dilucidar el papel de la tolerancia percibida (es decir, autoinformada) de la angustia en el riesgo de alcohol relacionado con el trauma.	Entre los adultos jóvenes bebedores expuestos a traumas, la baja percepción de tolerancia a la angustia puede influir en los procesos alternativos de riesgo de AUD, como la susceptibilidad a las respuestas de deseo condicionado por el alcohol.	Los modelos de trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido y trastorno por consumo de alcohol (AUD) a menudo enfatizan la bebida de refuerzo negativo (es decir, beber para reducir el afecto negativo) como un factor etiológico y de mantenimiento clave.	
86	(Herron & Venner, 2022)	A Systematic Review of Trauma and Substance Use in American Indian and Alaska Native Individuals: Incorporating Cultural Considerations	Inespecífico	Revisión sistemática	Esta revisión examina el uso de sustancias y el trauma en la literatura AI/AN existente y utiliza un modelo específico de AI/AN para informar culturalmente la relación entre estos factores y proporcionar recomendaciones para futuras investigaciones.	Las tasas de exposición a traumas a lo largo de la vida variaron del 21 al 98 % y se correlacionaron con mayores tasas de SUD. Una respuesta a la dosis de eventos traumáticos también aumentó la probabilidad de un SUD entre las poblaciones de IA	Se necesita más investigación para explicar mejor la relación existente entre SUD y PTSD y los factores históricos y culturales relevantes. Se necesita más investigación para adaptar culturalmente, implementar y validar las evaluaciones y tratamientos de PTSD	

					basadas en reservas.		y SUD para mejorar estas desigualdades de salud.	
87	(Peters et al., 2022)	Relative efficacy of psychological interventions following interpersonal trauma on anxiety, depression, substance use, and PTSD symptoms in young people: A meta-analysis	EEUU	Meta-análisis	Este metanálisis informa sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en estos dominios de síntomas además del estrés postraumático.	Hubo un gran tamaño del efecto combinado para el estrés y el consumo de sustancias	Los datos epidemiológicos muestran que los jóvenes corren el mayor riesgo de exposición al trauma interpersonal, y se estima que la exposición a lo largo de la vida alcanza el 82 % entre los 22 y los 23 años	La exposición a traumas interpersonales se asocia con ansiedad, depresión y consumo de sustancias en poblaciones de jóvenes (de 12 a 25 años).
88	(Gandelman et al., 2022)	Imaginal exposure processing during Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders using Prolonged Exposure (COPE) therapy: Examination of linguistic markers of cohesiveness	EEUU	Cuantitativo-experimental	el procesamiento emocional sugiere que los tratamientos exitosos basados en la exposición prolongada deberían dar como resultado narraciones de trauma más cohesivas debido a una mejor integración y organización de la memoria del trauma en las conceptualizaciones cognitivas del miedo. Por lo tanto, planteamos la hipótesis de que el lenguaje utilizado por los pacientes se volvería más cohesivo con el tiempo y una mayor cohesión del lenguaje estaría relacionada con mayores reducciones en los resultados de PTSD y SUD.	Ninguna variable de cohesión del lenguaje cambió significativamente con el tiempo. Los niveles de narratividad moderaron significativamente el cambio en los resultados del TEPT, Ninguna variable de cohesión del lenguaje cambió significativamente con el tiempo. Los niveles de narratividad moderaron significativamente el cambio en los resultados del TEPT, Ninguna variable de cohesión del lenguaje cambió significativamente con el tiempo. Los niveles de narratividad moderaron significativamente el cambio en los resultados del TEPT, Ninguna variable de cohesión del lenguaje cambió significativamente con el tiempo. Los niveles de narratividad moderaron significativamente el cambio en los resultados del TEPT	Ninguna variable de cohesión del lenguaje cambió significativamente con el tiempo. Los niveles de narratividad moderaron significativamente el cambio en los resultados del TEPT, Ninguna variable de cohesión del lenguaje cambió significativamente con el tiempo. Los niveles de narratividad moderaron significativamente el cambio en los resultados del TEPT, Ninguna variable de cohesión del lenguaje cambió significativamente con el tiempo. Los niveles de narratividad moderaron significativamente el cambio en los resultados del TEPT	

89	(Bestha et al., 2022)	Impact of an opioid prescribing alert system on patients with posttraumatic stress disorder	Carolina del Norte, Estados Unidos	Cuantitativo-experimental	Este documento evalúa el impacto de PRIMUM, una intervención de apoyo a la toma de decisiones clínicas integrada en registros de salud electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés) sobre los patrones de prescripción de opioides para pacientes con diagnóstico de TEPT.	Un total de 3121 pacientes con diagnóstico de PTSD fueron vistos en 37,443 encuentros durante el período de estudio. El diez por ciento ( n = 3761) de los encuentros resultó en recetas de opioides y se activaron alertas PRIMUM en 1488 de estos encuentros. Estas alertas resultaron en una "decisión influenciada" para el 17 % de los pacientes ( n = 255) o ninguna prescripción de opioides o benzodiazepinas para el 5,8 % ( n = 86).	Un total de 3121 pacientes con diagnóstico de PTSD fueron vistos en 37,443 encuentros durante el período de estudio. El diez por ciento ( n = 3761) de los encuentros resultó en recetas de opioides y se activaron alertas PRIMUM en 1488 de estos encuentros. Estas alertas resultaron en una "decisión influenciada" para el 17 % de los pacientes ( n = 255) o ninguna prescripción de opioides o benzodiazepinas para el 5,8 % ( n = 86).	La efectividad de las intervenciones de apoyo clínico para la prescripción de opioides para pacientes con PTSD no se ha documentado previamente. Nuestros hallazgos proporcionan evidencia novedosa de que el EHR puede usarse para mejorar la seguridad del paciente entre los pacientes con PTSD en el contexto del uso de sustancias
----	-----------------------	---	------------------------------------	---------------------------	--	--	--	---

---

Nota. Elaboración propia